



Universidade de Aveiro Secção Autónoma de Ciências de Saúde
2010

**Sofia Isabel
Figueiredo da Silva
Nunes**

**Qualidade de vida e necessidades da
população idosa com doença oncológica**



Universidade de Aveiro Secção Autónoma de Ciências de Saúde
2010

**Sofia Isabel
Figueiredo da Silva
Nunes**

**Qualidade de vida e necessidades da
população idosa com doença oncológica**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, realizada sob a orientação científica da Doutora Alda Sofia Pires de Dias Marques, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

O júri
Presidente

Doutora Daniela Figueiredo
Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Doutora Anabela Martins
Professora adjunta da Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Coimbra

Doutora Alda Marques
Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Agradecimentos

À Doutora Alda Sofia Pires de Dias Marques, pela orientação indispensável à concretização deste estudo, competência, estímulo, confiança, dedicação e amizade.

Ao Doutor Juan Carlos e restante equipa do serviço de oncologia do Hospital Infante D. Pedro de Aveiro pela oportunidade, acolhimento, apoio e boa disposição com que sempre me receberam.

Ao Doutor Pedro Sá Couto pelas sugestões no tratamento de dados desta investigação.

Aos idosos que participaram neste estudo pela disponibilidade e partilha de informações essenciais ao desenvolvimento desta investigação.

À Mónica por estar presente em todos os momentos, pela amizade, cumplicidade e contributo. Um grande obrigado por seres como és e pela certeza que me acompanharás sempre. Iremos crescer mais ainda, juntas.

À Inês Cunha pela amizade e generosidade. Obrigada por estares sempre comigo e pelo teu apoio incondicional, sem julgamentos e sem barreiras. És e serás sempre muito importante para mim.

À Susana por ter entrado na minha vida e a ter enchido de amizade e boa disposição. Obrigado pela paciência, contributo e por fazeres valer cada momento livre.

Ao Diogo pela seu contributo e ajuda indispensável.

À Inês Mouro pela amizade, cumplicidade e por fazer valer ainda mais este percurso.

À Liliana, à Sara, ao Filipe e ao Manuel.

À todos os meus amigos que me acompanharam e apoiaram durante este período.

À minha família por serem a minha maior força e apoio, serão sempre o meu suporte mais importante. Obrigada por me fazerem uma pessoa feliz e me motivarem a ser mais e melhor.

Palavras-chave

Qualidade de vida, necessidades, idosos, doença oncológica, cancro, Sistema de Avaliação de Pessoas Idosas, European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire, Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

Resumo

A incidência e mortalidade da doença oncológica são significativamente superiores em indivíduos com mais de 65 anos e a idade avançada pode influenciar a eficácia do tratamento e a qualidade de vida do indivíduo.

Assim, surge a necessidade de compreender as mudanças que ocorrem com o processo de envelhecimento no contexto da doença oncológica.

O trabalho de investigação apresentado tem como principais objectivos: caracterizar a qualidade de vida, as necessidades da população idosa com doença oncológica e analisar os resultados dos instrumentos de recolha de dados tendo como referência a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

Para o desenvolvimento deste estudo procedeu-se à aplicação dos instrumentos Elderly Assessment System (EASYcare) e European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC-QLQ-C30) a 32 sujeitos com mais de 65 anos com doença oncológica e que se encontravam a realizar tratamento no serviço de oncologia do Hospital Infante D. Pedro de Aveiro.

Os resultados indicaram baixos níveis de dependência em todos os domínios avaliados, verificando-se que os mais afectados corresponderam à saúde mental e bem-estar no EASYcare e na escala funcional do EORTC-QLQ-C30.

Os indivíduos com 74 anos ou mais da respectiva amostra apresentaram mais problemas com a pele ($p=0,037$), mais acidentes com a bexiga ($p=0,008$), mais dificuldades em andar no exterior ($p=0,003$) e foram os que mais necessitaram de ajuda para obter regularmente os seus medicamentos ($p=0,039$). A integração dos questionários nas dimensões da CIF permitiu constatar que, segundo o EORTC-QLQ-C30, o domínio da Actividade foi o mais comprometido e, segundo o EASYcare, foi o da Estrutura e função corporal, verificando-se que, perante este questionário, os idosos com 74 ou mais anos apresentam mais limitações de actividade ($p=0,043$).

Os resultados evidenciam a necessidade de compreender a qualidade de vida desta população, sendo essencial efectuar uma avaliação holística do doente e integrar os resultados segundo uma linguagem padronizada de forma a que as abordagens de tratamento e assistência a idosos com cancro possam ser melhoradas.

Keywords

Quality of life, needs, elderly, cancer, oncology disease, Elderly Assessment System, European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire, International Classification of Functioning, Disability and Health.

Abstract

The incidence and mortality of cancer are significantly higher in individuals over 65 years old and old age can influence the effectiveness of treatment and the quality of life of the individuals.

Therefore, there is the need to understand the changes that occur with the aging process in the context of cancer. The main objectives of this study were to characterise the quality of life, the needs of the elderly population with cancer and analyse the results according to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

For the development of this study, the Elderly Assessment System (EASYcare) and European Organization For Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC-QLQ-C30) were applied on 32 patients over 65 years old with cancer and who were being treated in the oncology service of the Infante D. Pedro Aveiro's Hospital. The results indicated low levels of disability in all the assessed domains, and the most affected areas were related to the mental health and well-being in EASYcare and to the functional scale in the EORTC-QLQ-C30.

Participants over 74 years old presented more skin problems ($p = 0.037$), more bladder accidents ($P = 0.008$), more difficulties in walking outdoors ($p = 0.003$) and were the ones who needed more help to get their medications ($p = 0.039$).

The integration of the questionnaires according to the ICF revealed that, the Activity domain was the most affected in the EORTC-QLQ-C30, whereas in the EASYcare the Structure and Body Function was the domain more affected. It was also possible to verify that, in the presence of this questionnaires, participants over 74 years old had more activity limitations ($p = 0.043$).

The results highlight the need to understand the quality of life of this population, being essential to perform a holistic evaluation of the patient and integrate the results according to a standardised language to enhance treatment and assistance approaches to elders with cancer.

Índice de Gráficos e Tabelas

Gráficos

Gráfico 1 – Distribuição dos participantes em função da presença e nível de dor.....	29
---	----

Tabelas

Tabela 1 – Caracterização da amostra do estudo relativamente ao estado civil e aos anos de educação formal.	24
---	----

Tabela 2 – Distribuição dos participantes em função da resposta dada ao nível dos cuidados pessoais.	25
--	----

Tabela 3 – Distribuição dos participantes em função da resposta dada ao nível da capacidade de realizar actividades de vida diária.....	26
--	----

Tabela 4 – Distribuição dos participantes em função da resposta dada no domínio “mobilidade” ..	27
--	----

Tabela 5 – Distribuição dos participantes em função da resposta dada no domínio “segurança”. ..	28
--	----

Tabela 6 – Distribuição dos participantes em função da resposta dada no domínio “local de residência e finanças”.	28
---	----

Tabela 7 – Distribuição dos participantes em função da resposta dada no domínio “saúde mental e bem-estar”.	30
---	----

Tabela 8 – Distribuição dos participantes em função da resposta dada no domínio “administração da medicação”.	31
---	----

Tabela 9 – Média, desvio padrão, amplitude esperada e amplitude observada de cada domínio do questionário EASYcare.	32
---	----

Tabela 10 – Distribuição dos participantes segundo a resposta dada nas escalas funcionais.	34
--	----

Tabela 11 – Distribuição dos participantes em função da resposta dada no estado de saúde global.....	35
---	----

Tabela 12 – Distribuição dos participantes em função da resposta dada na escala de sintomas....	36
--	----

Tabela 13 – Média, desvio padrão, amplitude esperada e amplitude observada de cada escala do questionário EORTC-QLQ-C30.....37

Tabela 14 – Média, desvio padrão, amplitude total e amplitude esperada em função do enquadramento dos questionários EASYcare e EORTC-QLQ-C30 nos domínios da CIF.....38

Índice de Apêndices

Apêndice 1 – Avaliação do EASYcare Standard.....	57
Apêndice 2 – Aprovação pela Comissão de Ética do Hospital Infante D. Pedro De Aveiro.....	59
Apêndice 3 – Consentimento Livre e Informado	60
Apêndice 4 – Questionário EASYcare	62
Apêndice 5 – Questionário EORTC-QLQ-C30.....	69
Apêndice 6 – Enquadramento dos questionários EASYcare e EORTC-QLQ-C30 nos domínios da CIF	70

Lista de Abreviaturas

ABVDs – Actividades básicas da vida diária.

AIVDs – Actividades instrumentais da vida diária.

AVDs - Actividades da vida diária.

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

EASYcare – Elderly Assessment System; Sistema de Avaliação de Pessoas Idosas.

ECOG Performance Status – The Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status.

EORTC-QLQ-C30 - European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire.

ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health.

OARS-IADL - Older Americans Resource Scale for Instrumental Activities of Daily Living.

OMS – Organização Mundial da Saúde.

QV – Qualidade de Vida.

QVRS – Qualidade de Vida relacionada com a Saúde.

RSCL – Rotterdam Symptom Checklist.

Índice

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	3
1.1. INTRODUÇÃO	3
1.2. A QUALIDADE DE VIDA E A DOENÇA ONCOLÓGICA	3
1.3. DOENÇA ONCOLÓGICA E ENVELHECIMENTO	3
1.4. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE	10
1.4.1. ELDERLY ASSESSMENT SYSTEM; SISTEMA DE AVALIAÇÃO DE PESSOAS IDOSAS	10
1.4.2. EUROPEAN ORGANIZATION FOR RESEARCH AND TREATMENT OF CANCER QUESTIONNAIRE	11
1.5. A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE COMO BASE DA INTERPRETAÇÃO DOS INSTRUMENTOS	12
1.5.1. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE	13
1.5.2. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE NO CONTEXTO DA DOENÇA ONCOLÓGICA	14
1.5.3. A INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE	14
1.6. SUMÁRIO	15
CAPÍTULO 2. OBJECTIVOS E METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	17
2.1. INTRODUÇÃO	17
2.2. OBJECTIVOS DO ESTUDO	17
2.3. METODOLOGIA	18
2.3.1. DESENHO DO ESTUDO	18
2.3.2. AMOSTRA	18
2.3.3. RECRUTAMENTO E PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	19
2.3.4. INSTRUMENTOS	19
2.3.5. ANÁLISE DE DADOS	20
2.4. SUMÁRIO	21
CAPÍTULO 3. RESULTADOS	23
3.1. INTRODUÇÃO	23
3.2. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	23
3.3. ESTUDO DA QUALIDADE DE VIDA E DAS NECESSIDADES DOS INDIVÍDUOS IDOSOS COM CANCRO ATRAVÉS DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO EASYCARE	24
3.3.1. VISÃO, AUDIÇÃO E COMUNICAÇÃO	24
3.3.2. CUIDAR DE SI	25
3.3.3. MOBILIDADE	26
3.3.4. SEGURANÇA	27
3.3.5. LOCAL DE RESIDÊNCIA E FINANÇAS	28
3.3.6. MANTER-SE SAUDÁVEL	28
3.3.7. SAÚDE MENTAL E BEM-ESTAR	29
3.3.8. ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO	30

3.4. ESTUDO SUMÁRIO DOS RESULTADOS OBTIDOS EM FUNÇÃO DOS DOMÍNIOS CONSIDERADOS PELO EASYCARE	31
3.5. ESTUDO DAS NECESSIDADES DOS INDIVÍDUOS IDOSOS COM CANCRO ATRAVÉS DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO EORTC-QLQ-C30	32
3.5.1. ESCALAS FUNCIONAIS	32
3.5.2. ESTADO DE SAÚDE GLOBAL	34
3.5.3. ESCALA DE SINTOMAS	35
3.6. ESTUDO SUMÁRIO DOS RESULTADOS OBTIDOS EM FUNÇÃO DAS ESCALAS DO QUESTIONÁRIO EORTC-QLQ-C30	36
3.6. ESTUDO DAS NECESSIDADES DOS PARTICIPANTES SEGUNDO O ENQUADRAMENTO DOS QUESTIONÁRIOS EASYCARE E EORTC-QLQ-C30 NOS DOMÍNIOS DA CIF	37
3.7. SUMÁRIO	38
 <u>CAPÍTULO 4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</u>	 <u>39</u>
 4.1. INTRODUÇÃO	 39
4.2. CARACTERIZAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE E PRINCIPAIS NECESSIDADES	39
3.3. COMPARAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA CONSIDERANDO A IDADE	43
3.4. CARACTERIZAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NO CONTEXTO DA CIF	45
3.5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	46
3.6. IMPLICAÇÕES DO ESTUDO	47
3.7. RECOMENDAÇÕES PARA FUTUROS ESTUDOS	48
 <u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	 <u>49</u>
 <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	 <u>51</u>

Introdução

A incidência e mortalidade por doença oncológica são significativamente superiores em indivíduos com idade superior a 65 anos (Gosney, 2005, Thun and Wingo, 2000, Moreira, 2002, Pal et al., 2010, Colussi et al., 2001) prevendo-se que a prevalência e mortalidade desta patologia acompanhem o aumento da população idosa (Quinn et al., 2003). Apesar disto, os indivíduos idosos constituem um grupo raramente considerado nos estudos relacionados com esta doença (Pal et al., 2010, Hutchins et al., 1999b), o que resulta numa falha na compreensão das reais necessidades desta população, aspecto essencial na delineação de estratégias de assistência oncológica adequadas (Yancik et al., 2001).

Perante esta realidade, emerge a necessidade de integrar o envelhecimento e a doença oncológica em trabalhos de investigação. De facto, apesar do processo de envelhecimento ser individual, o avançar da idade pode influenciar a eficácia do tratamento, bem como a qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS), sendo essencial compreender as mudanças que ocorrem com o processo de envelhecimento no contexto da doença oncológica (Pal et al., 2010).

Com vista a perceber as necessidades da população idosa com doença oncológica, para que futuras intervenções possam ser adequadamente desenhadas, é imprescindível proceder a uma avaliação que considere a heterogeneidade desta população, sendo também importante que os resultados desta avaliação sejam apresentados de forma padronizada e de fácil compreensão (Cieza and Stucki, 2008). Neste sentido, tem-se destacado a pertinência da realização de um enquadramento dos questionários de saúde num sistema de referências universalmente aceite e padronizado, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (Cieza and Stucki, 2008).

Desta forma, o respectivo trabalho teve como principais objectivos a caracterização da QVRS e das necessidades da população idosa com doença oncológica, bem como a análise dos respectivos resultados segundo o quadro internacional de referência, a CIF.

No sentido de compreender a QVRS e necessidades dos indivíduos idosos com doença oncológica, a selecção dos instrumentos de recolha de dados baseou-se na capacidade dos mesmos incorporarem ambos os contextos, o envelhecimento e o cancro. Assim, optou-se pelo uso de um questionário genérico de avaliação de QVRS para a população idosa capaz de delinear um perfil das necessidades e prioridades relativas aos cuidados de saúde necessários (Sousa et al., 2002, Sousa et al., 2003) e um questionário específico de avaliação de QVRS de pessoas com cancro que apresenta um carácter multidimensional, avaliando aspectos relevantes para os doentes oncológicos (Pimentel, 2003).

O trabalho inicia-se com a Introdução que realiza uma breve contextualização da investigação levada a cabo, explorando a forma como esta dissertação se estrutura.

O primeiro capítulo diz respeito ao “Enquadramento Conceptual” que realiza uma abordagem integrada na qualidade de vida, doença oncológica e processo de envelhecimento,

apresenta e contextualiza os instrumentos utilizados na recolha de dados e analisa a pertinência da consideração da linguagem padronizada da CIF no respectivo contexto de trabalho.

“Objectivos e metodologia de investigação” constitui o segundo capítulo deste trabalho e nele são apresentados os objectivos do estudo, o desenho do mesmo e o método de amostragem bem como os critérios de inclusão e exclusão. A forma como os participantes foram recrutados, as condições em que os dados foram recolhidos, as principais características dos instrumentos utilizados e os procedimentos estatísticos utilizados para tratamento e análise de dados são também aspectos considerados por este segundo capítulo.

No terceiro capítulo são apresentados e analisados os resultados obtidos que descrevem a QVRS e necessidades dos sujeitos da amostra. Inicialmente é efectuada uma análise de cada questão dos respectivos questionários, procedendo-se posteriormente a uma análise dos resultados obtidos nos domínios e escalas dos mesmos.

O quarto capítulo procede à discussão dos resultados onde se realiza uma reflexão acerca das principais ideias levantadas por este estudo e das implicações dos resultados de investigação, seguindo-se o capítulo das considerações finais que realiza uma síntese dos principais pontos.

Com os resultados deste trabalho espera-se compreender a QVRS e necessidades da população idosa com cancro, de forma a que possam ser delineadas directrizes que guiem as intervenções destinadas a estes indivíduos. De facto, aspira-se que os resultados decorrentes deste trabalho contribuam para o delineamento de estratégias de assistência oncológica integradas às reais necessidades desta população.

Capítulo 1. Enquadramento Conceptual

1.1. Introdução

No presente capítulo pretende-se contextualizar a doença oncológica numa perspectiva biopsicossocial, relacionando a respectiva doença com a QVRS e processo de envelhecimento. Ao longo desta abordagem destacam-se algumas das principais necessidades verificadas na população idosa com esta patologia, enfatizando-se o impacto destas na QVRS destes indivíduos.

Seguidamente, apresenta-se uma análise das principais características dos instrumentos utilizados, procedendo-se posteriormente a uma contextualização das necessidades da população em causa de acordo com a CIF.

1.2. A qualidade de vida e a doença oncológica

Apesar de não existir uma definição clara de Qualidade de Vida (QV) considera-se que a mesma corresponde a um conjunto subjectivo individual e multidimensional, que reflecte e resulta da interacção de numerosos factores como o estado funcional, o bem-estar psicológico e espiritual, as percepções pessoais do estado de saúde e sintomas decorrentes da doença e/ou do tratamento, bem como as relações sociais que o individuo estabelece (Ravasco et al., 2006). Desta definição, surge também a QVRS que é uma parte da QV que se prende com a saúde (doença e terapêutica) e abrange aspectos como sintomas que advêm da doença ou tratamento, funcionalidade física, aspectos psicológicos; aspectos sociais, familiares, laborais e económicos, que se interrelacionam e influenciam entre si (Pimentel, 2003).

No contexto da doença oncológica, estes conceitos têm vindo a ganhar enfoque, uma vez que com o desenvolvimento de novas terapêuticas verificou-se um aumento considerável da sobrevivência mas com efeitos adversos. Assim, emergiu a necessidade de incluir no cuidado médico mais dados que fossem além da sobrevivência, complicações e taxas de recidiva, sendo importante ter em consideração sintomas como a dor e o stress das terapêuticas, as restrições ao seu desempenho físico e intelectual, a estigmatização social, entre outros, de forma a compreender a complexidade da doença e o seu impacto na vida dos indivíduos (Pimentel, 2003).

Uma vez que o cancro apresenta uma maior prevalência e incidência na população com mais de 65 anos é necessário averiguar de que forma esta patologia associada ao processo de envelhecimento tem impacto na QVRS do individuo.

1.3. Doença Oncológica e envelhecimento

O cancro é, mundialmente, a segunda causa de morte em pessoas acima dos 65 anos (Yancik and Ries, 1994, Moreira, 2002), com um aumento de incidência e mortalidade com o avançar da idade (Gosney, 2005, A.M. Colussi 2001, Thun and Wingo, 2000, Moreira, 2002). A

incidência de cancro na população idosa é 11 vezes maior do que em pessoas mais jovens (Yancik and Ries, 1994). Cerca de 60% dos casos ocorrem em indivíduos com 65 ou mais anos (Ershler, 2003), estando-lhe associado uma mortalidade de 70%, sendo os 68 anos a idade média para a ocorrência de todos os tipos de cancro (Edwards et al., 2002).

Prevê-se que a prevalência e mortalidade da doença oncológica acompanhem o aumento da população idosa (Quinn et al., 2003) e, uma vez que o número de pessoas com 75 anos ou mais com cancro deverá triplicar entre 2000 e 2050, calcula-se que o número de casos na população aumente de 30% para 42% (Edwards et al., 2002).

A doença oncológica e o seu tratamento têm associadas consequências físicas que podem incluir dor intensa, dificuldades respiratórias, vômitos, insónias, perda do controlo dos intestinos e da bexiga, perda de apetite e eventual comprometimento do funcionamento de órgãos vitais (Paredes et al., 2008). Esta patologia exerce impacto ao nível psicológico e espiritual, interferindo grandemente com a QVRS dos indivíduos com cancro e dos seus cuidadores (Cohen, 2004).

O processo de envelhecimento, apesar de individual, corresponde a uma série de alterações funcionais, sociais, emocionais e cognitivas que podem condicionar a expressão da doença nos indivíduos, bem como os resultados das estratégias de tratamento adoptadas (Balducci, 2003, Ershler, 2003). O envelhecimento traduz uma redução progressiva na esperança de vida e deterioração da reserva funcional dos diferentes órgãos e sistemas, encontrando-se geralmente associado a um aumento da prevalência de comorbilidades, invalidez, síndromes geriátricas, polifarmácia, isolamento social e recursos reduzidos que influenciam o impacto da doença oncológica. Estes factores podem interferir na possibilidade de sobrevivência, capacidade de tolerar tratamentos e nos recursos necessários para responder às necessidades da pessoa idosa com cancro (Balducci, 2003, Brunello et al., 2009, Cohen, 2004, Extermann, 2003). A compreensão das mudanças que acompanham a idade no contexto da doença oncológica em idosos é assim fundamental. Desta forma, segue-se uma análise de diversos domínios que podem ser afectados pela doença oncológica e que podem exercer uma grande influência no impacto da doença oncológica e consequentemente na QVRS e necessidades dos pacientes idosos com cancro.

Primeiramente importa destacar a expressão de alguns efeitos colaterais que surgem com a realização de tratamento e que podem ser condicionados pela idade avançada, exercendo grande influência na QVRS dos indivíduos. Um dos efeitos adversos do tratamento da doença oncológica surge na pele. Este problema é um dos efeitos secundários decorrentes das estratégias de tratamento mais comum, sendo a radioterapia o tratamento que piores reacções causa na pele (Harper et al., 2004, Ryan et al., 2007). A idade avançada, a presença de infecções e hábitos tabágicos constituem factores de risco para o surgimento destes sintomas (Ryan et al., 2007) que causam grande impacto na QVRS, interferindo, por vezes, na adesão ao tratamento (Wagner and Lacouture, 2007). Wagner e Lacouture (2007) verificaram que estes sintomas

interferem ao nível do bem-estar físico, funcional, emocional e social, estando associados sentimentos de preocupação, frustração e depressão (Wagner and Lacouture, 2007).

Problemas ao nível da mucosa oral também constituem um dos sintomas prevalentes na população a realizar tratamento para esta patologia, estimando-se que aproximadamente 90% dos pacientes a receberem tratamento para os cancros da cabeça e pescoço apresentam esta problemática, existindo uma prevalência de 40% em indivíduos com outros tipos de cancro (Martins et al., 2002, Sonis, 1983). Este aspecto é considerado comprometedor da QVRS dos indivíduos que se encontram a realizar tratamento (Martins et al., 2002, Sonis, 1983). A dor e a disfagia são sintomas provocados por estas lesões e propiciam o surgimento de infecções, perdas de peso e desnutrição, pelo que o agravamento destes sintomas pode levar à interrupção temporária dos tratamentos (Sonis and Fey, 2002). Complicações na mucosa oral derivadas do tratamento do cancro podem provocar um aumento dos custos e a duração do tempo de internamento (Sonis and Fey, 2002) e são, normalmente, mais graves na população idosa, uma vez que nestes indivíduos a recuperação é mais lenta (Sonis, 1983).

A perda de apetite, náuseas, vómitos, diarreia e prisão de ventre são outros dos efeitos que podem advir das diversas estratégias de tratamento de cancro, considerando-se que a náusea é o que provoca maior desconforto nos indivíduos (Osoba et al., 1997, Hunter et al., 2000). Estes sintomas para além do impacto que têm na QVRS dos indivíduos (Osoba et al., 1997, Hunter et al., 2000), também podem provocar alterações ao nível nutricional, verificando-se que uma percentagem significativa de indivíduos idosos com doença oncológica apresentam deterioração nutricional de origem multifactorial e que, normalmente, se encontra associada a um pior prognóstico (Cohen, 2004, Ravasco et al., 2006).

Apesar dos aspectos nutricionais apresentarem uma elevada relevância clínica, a interacção entre nutrição e QVRS tem sido consistentemente desvalorizada (Ravasco et al., 2006). Neste âmbito, Jane Read e os seus colaboradores (2005) procederam à avaliação de 157 indivíduos com cancro dos quais 48% eram idosos e constataram que 57% dos indivíduos encontravam-se em risco de desnutrição e 9% estavam desnutridos (Read et al., 2005). A anorexia e alterações metabólicas são referidas normalmente como as causas de deterioração nutricional (Ravasco et al., 2006), que consequentemente implica pior capacidade funcional, redução do bem-estar, aumento da fadiga e outras morbilidades que podem agravar ou serem agravados por uma deficiente ingestão nutricional (Ravasco et al., 2006).

Ao nível funcional, o cancro e o seu tratamento constituem uma das principais causas de incapacidade na população idosa (Moreira, 2002), verificando-se que idosos com doença oncológica estão mais sujeitos a apresentarem dificuldades substanciais ao nível do desempenho de actividades básicas da vida diária (ABVDs) e actividades instrumentais da vida diária (AIVDs) que idosos sem cancro (Brunello et al., 2009, Pal et al., 2010). A literatura tem demonstrado uma prevalência de dependência ao nível das actividades da vida diária (AVDs), superior a 70% em pacientes com cancro com 70 e mais anos (Extermann et al., 1998) com declínios significativos ao nível funcional após o tratamento com quimioterapia (Ershler, 2003). O comprometimento do

estado funcional é considerado um forte indicador de morbilidade e mortalidade em idosos com cancro (Pal et al., 2010). De facto, a dependência em algumas AVDs pode levar a um aumento do risco de complicações decorrentes da quimioterapia, defendendo-se que uma reduzida capacidade para realizar ABVDs e AIVDs constitui uma barreira à eficácia do tratamento (Balducci, 2003, Balducci, 2000).

Os idosos com cancro, com comprometimento ao nível do desempenho das AVDs, têm uma maior probabilidade de serem hospitalizados e o risco de mortalidade encontra-se aumentado (Brunello et al., 2009, Pal et al., 2010). A necessidade de apoio na realização de AIVDs tem surgido como um indicador de complicações pós-operatórias em idosos com cancro que realizam intervenções para o tratamento da respectiva doença (Audisio et al., 2005). Por outro lado, a incapacidade de desempenhar actividades de vida diária de forma autónoma tem sido correlacionada com a manifestação de sintomas como a dor severa (Landi et al., 2009) e mais recentemente com experiências emocionais desagradáveis na população idosa com cancro (Hurria et al., 2009).

Neste seguimento, torna-se imprescindível abordar a mobilidade, uma vez que se constitui o factor que mais contribui para a QVRS da população idosa com doença oncológica. (Dempster and Donnelly, 2000). De facto, considera-se que a mobilidade é um aspecto essencial do bem-estar e QVRS, uma vez que permite que os idosos satisfaçam as suas necessidades, desde as básicas às instrumentais. Assim, o comprometimento da mesma pode levar a efeitos devastadores na QVRS dos indivíduos podendo condicionar a independência dos mesmos na sociedade (Dempster and Donnelly, 2000, Guralnik et al., 2002).

Actualmente, acredita-se que o declínio físico decorrente do processo de envelhecimento não justifica um comprometimento da mobilidade (Morton et al., 2008), no entanto, o processo de envelhecimento associado a outras condições como a doença oncológica pode contribuir para o desenvolvimento de um comprometimento severo a este nível (Guralnik et al., 2002). Apesar da importância atribuída a este aspecto, a mobilidade nem sempre é considerada ao nível da investigação (Morton et al., 2008), pelo que a avaliação deste parâmetro torna-se uma necessidade urgente.

Por outro lado, é de evidenciar que os aspectos supramencionados podem ser condicionados pela fadiga que constitui um dos sintomas mais comuns e incapacitantes nos indivíduos com cancro (Cohen, 2004). A literatura defende que este sintoma tem um grande impacto na QVRS do doente e associa-o à depressão, dor, insónia e alterações ao nível da funcionalidade (Davidson et al., 2002, Liao and Ferrell, 2000, Irvine et al., 1994, Rao and Cohen, 2004). Além disso, verifica-se que o efeito do cansaço em indivíduos com cancro é maior nas faixas etárias mais avançadas (Eyigor et al., 2009) e que a fadiga relacionada à doença oncológica pode prejudicar a capacidade do indivíduo em realizar AVDs (Pal et al., 2010). Neste sentido, e uma vez que se considera a fadiga como um sintoma que não é tratado nem avaliado de forma adequada, é essencial adoptar avaliações multidisciplinares que sejam capazes de capturar as

vertentes físicas, emocionais e psicológicas deste sintoma, bem como a relação deste com a QVRS do indivíduo (Cohen, 2004, Eyigor et al., 2009, Rao and Cohen, 2004).

Outra problemática importante na população com doença oncológica diz respeito à dor que se encontra normalmente relacionada com a neoplasia mas também é originada pelo tratamento (Costa et al., 2007). A dor constitui um dos sintomas mais persistentes e incapacitantes na doença oncológica e estima-se que 35% a 45% dos doentes oncológicos sintam dor à data do diagnóstico, cerca de 70% apresentem dor na fase avançada e quase todos apresentem dor na fase terminal da doença (Costa et al., 2007). Por outro lado, diversos estudos indicam que a prevalência de dor em indivíduos com mais de 65 anos é aproximadamente o dobro do que em indivíduos mais jovens (Barragán-Berlanga et al., 2007). Este problema é, ainda, inflacionado pelo grande comprometimento que este sintoma provoca ao nível da funcionalidade (Cleeland et al., 1994), surgindo normalmente como indicador de agravamento da doença ou morte próxima, diminuição da autonomia, diminuição do bem-estar e QVRS, aumento do sofrimento físico, constituindo, assim, um desafio à dignidade do indivíduo (Costa et al., 2007).

Neste sentido, torna-se evidente que o tratamento da dor deve ser uma das prioridades na assistência oncológica, no entanto, considera-se que a dor na população com cancro pode não ser eficazmente reconhecida pelos profissionais de saúde (Cleeland et al., 1994). Na população idosa esta problemática pode ser ainda mais evidente pois a existência de comorbilidades dificulta a detecção e tratamento da dor e, para além disso, este é um sintoma muitas vezes subestimado na população idosa (Schofield, 2007). Desta forma, torna-se essencial avaliar a dor do doente oncológico, defendendo-se que se deve proceder a uma caracterização rigorosa desta, bem como a interferência da mesma nas AVDs e relações interpessoais (Costa et al., 2007).

Tal como a dor, a depressão também surge como uma problemática comum e bastante comprometedora do bem-estar do indivíduo com doença oncológica (Pal et al., 2010). A relação entre a depressão e o processo de envelhecimento tem sido estabelecida e estima-se que 12% a 25% das pessoas idosas apresentem sintomas de depressão (Pal et al., 2010). No contexto da doença oncológica vários estudos realizados com diferentes tipos de cancro demonstram que a doença oncológica exerce um impacto negativo no domínio psicológico, sendo consensualmente aceite que 20% a 30% dos doentes oncológicos manifestam problemas psicológicos clinicamente significativos (Paredes et al., 2008). Relativamente a esta problemática nos idosos, verifica-se que em pacientes terminais o aumento da idade é, normalmente acompanhado por um aumento da prevalência de pensamentos relacionados com o suicídio (Pal et al., 2010). Apesar destes dados, a maior parte da literatura indica que a neoplasia tende a exercer um impacto menos negativo ao nível psicológico em pessoas mais velhas, considerando-se que estes indivíduos apresentam menos dificuldades em se adaptar às adversidades da doença (Kua, 2005, Mor et al., 1994, Zabora et al., 2001, Cassileth et al., 1984, Parker et al., 2002, Vinokur et al., 1990). De facto, as respostas emocionais adversas são esperadas mas de forma adaptativa, podendo ser encaradas como parte de um processo normal de ajustamento, no entanto, este não deve ser um aspecto a descurar na população idosa, uma vez que existe uma prevalência significativa de depressão

nestes indivíduos e alguns estudos indicam que mais de 50% de idosos com cancro apresentam sintomas depressivos (Brunello et al., 2009, Repetto et al., 2002). Assim, considera-se essencial proceder a uma avaliação do impacto da doença ao nível emocional, devendo esta avaliação ser efectuada rotineiramente (Hurria, A. [et al.], 2009). Assim, será possível ajudar o doente no seu processo de adaptação, melhorando o seu bem-estar e QVRS (Paredes et al., 2008), destacando-se que a depressão em idosos encontra-se normalmente associada a um aumento da necessidade de cuidados médicos e ao comprometimento da resposta a diversos tratamentos (Brunello et al., 2009).

Outro sintoma a considerar no desenvolvimento desta investigação diz respeito aos distúrbios do sono. A literatura defende que este é um sintoma bastante prevalente e persistente na população com doença oncológica (Ginsburg et al., 1995, Sarna, 1993, Whelan et al., 1997) e que aumenta com a idade (Davidson et al., 2002). De facto, estima-se que mais de metade da população com doença crónica, incluindo a doença oncológica, apresenta este tipo de dificuldades (Katz and McHorney, 1998), pelo que num estudo realizado com idosos, Davidson e seus colaboradores (2002) constataram que a insónia constituía um dos principais problemas desta população, apontando a dificuldade em dormir como uma das mais proeminentes preocupações dos indivíduos com cancro (Davidson et al., 2002). Assim, considera-se que a insónia tem efeitos negativos ao nível emocional, cognitivo e físico, sendo associada à depressão (Brabbins et al., 1993, Hohagen et al., 1994), ansiedade, aumento dos níveis de stress, fadiga e dor na população com doença oncológica (Davidson et al., 2002, Gooneratne et al., 2007, Savard and Morin, 2001). Apesar deste impacto, a insónia é muitas vezes uma dimensão negligenciada na prestação de cuidados, sendo importante colmatar esta falha (Eyigor et al., 2009).

A doença oncológica constitui uma experiência lesiva para o bem-estar e QVRS, produzindo uma série de ameaças não só para o doente, mas afectando também, e de forma significativa, toda a família. De facto, as limitações físicas, funcionais e psicológicas que surgem em consequência do cancro, conduzem a um aumento da dependência dos indivíduos relativamente aos seus familiares, cuidadores e equipa de saúde hospitalar (Paredes et al., 2008).

Normalmente, na cultura ocidental, a família é perspectivada como um recurso no caso de um dos seus membros adoecer, pelo que é considerada um elemento determinante no sistema de acompanhamento do doente, sendo-lhe atribuída uma responsabilização acrescida neste papel. No entanto, se por um lado, podemos entender o lado positivo deste envolvimento, também é necessário perspectivar o esgotamento deste recurso (Guadalupe, 2008). Desta forma, a doença oncológica pode conduzir a dificuldades acrescidas para a família e contribuir para a perturbação dos familiares do doente, tornando-se importante adoptar estratégias de avaliação e acompanhamento dirigidos aos doentes, mas também aos familiares de doentes oncológico (Guadalupe, 2008).

Na actualidade há uma tendência para que os cuidados sejam transmitidos aos familiares, ficando os cuidadores responsáveis pelo auxílio nas tarefas do dia-a-dia, destacando-se que este cuidado pode provocar nos cuidados repercussões físicas, psíquicas, sociais e económicas.

Estudos têm demonstrado que os cuidadores de pacientes com cancro têm aumentado os níveis de stress e outros problemas psicossociais (Emanuel et al., 2000). Além disso, uma maior necessidade de cuidados encontra-se associada com um aumento dos encargos económicos, verificando-se que 10% dos rendimentos do agregado familiar eram gastos em cuidados de saúde e que por vezes era necessário aumentar as fontes de rendimento (Emanuel et al., 2000).

Nos estudos conduzidos por Siegel e os seus colaboradores (1991) verificou-se que 48% usufruíram de algum tipo de suporte financeiro e 25% utilizaram as suas poupanças ou necessitaram de pedir um empréstimo, sendo que 79% dos indivíduos referiram as dificuldades financeiras como um dos principais problemas associados ao cuidado da pessoa com doença oncológica (Siegel et al., 1991)

De facto, a acessibilidade aos cuidados médicos constitui um aspecto importante no tratamento de pacientes idosos com cancro (Hutchins et al., 1999a), pelo que muitas vezes os custos de transporte podem representar um gasto que constitui uma barreira ao diagnóstico e tratamento (Repetto et al., 2002).

Tendo em conta as especificidades desta população na vivência da doença oncológica, defende-se que os idosos devem ser representados por um *coorte* destinto de pacientes (Ingram et al., 2002). Assim, a *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) recomenda que todos os pacientes com 70 anos ou mais velhos sejam alvo de algum tipo de avaliação geriátrica (Balducci and Yates, 2000).

Na doença oncológica verifica-se que, apesar de ser uma prática recente, existe um crescente interesse na avaliação da QVRS, uma vez que se considera um contributo importante nas tomadas de decisão relativamente ao tratamento e monitorização da doença (Velikova et al., 2004, Osoba, 1991). A prestação de cuidados no contexto da doença oncológica deve, então, compreender os efeitos da doença na QVRS, no sentido de definir estratégias que visem a melhoria do bem-estar dos doentes.

A avaliação da QVRS e necessidades desta população deve ser incluída na avaliação dos resultados do tratamento para o cancro, em complemento às medidas médicas mais tradicionais como resposta objectiva ao tumor e sobrevivência (Paredes et al., 2008). Neste âmbito, a gestão do plano de cuidados deve basear-se numa avaliação geriátrica global que deve incluir uma avaliação do estado funcional, marcha, equilíbrio, risco de quedas, estado cognitivo, estado afectivo, estigmatização social, estado nutricional, dor e função social (Cohen, 2004). A consideração deste procedimento conduz a efeitos significativos na melhoria da QVRS dos doentes, redução da mortalidade, melhorias ao nível físico e cognitivo, bem como ao nível da funcionalidade e percepção de saúde, contribuindo para que a pessoa idosa permaneça na sua residência durante mais tempo (Ingram et al., 2002).

Para a realização de uma avaliação geriátrica global eficaz a literatura recomenda o uso de avaliações simples, individuais, compreensivas e multidimensionais. Este tipo de avaliação surge no sentido de facilitar o delineamento de respostas individualizadas e a preparação dos sistemas que, ao conhecerem com antecedência e de forma uniformizada as necessidades das

peessoas idosas, podem administrar respostas organizacionais (Stewart et al., 1999, Fletcher et al., 2004).

1.4. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada com a saúde

A selecção dos instrumentos utilizados nesta investigação baseou-se na necessidade de compreender a QVRS de uma forma ampla, mas que também tivesse em atenção aspectos particulares do cancro, optando-se pela escolha de um questionário de avaliação geral de QVRS e um instrumento específico da doença oncológica.

A informação deste tipo de questionários complementa-se e esta metodologia é defendida e recomendada (Lamas et al., 2007, Garratt et al., 2002) uma vez que existem aspectos que podem não ser considerados nos instrumentos genéricos e que apenas instrumentos específicos, sensíveis a aspectos particulares da doença, podem avaliar o impacto que a patologia pode exercer na QVRS dos indivíduos (Lamas et al., 2007, Garratt et al., 2002).

Assim, relativamente aos instrumentos genéricos destinados a idosos e que se encontram validados para a população portuguesa é possível encontrar o Older Americans Resources and Services Program (OARS-MFAQ) (Rodrigues, 2008) e o Elderly Assessment System; Sistema de Avaliação de Pessoas Idosas (EASYcare) (Richardson, 2001, Sousa et al., 2002). Os questionários específicos da doença oncológica que se encontram validados para a população portuguesa são o Rotterdam Symptom Checklist (RSCL) (Santos et al., 1994), e o EORTC-QLQ-C30 (Aaronson et al., 1993).

Os instrumentos seleccionados para o desenvolvimento desta investigação foram o EASYcare e o EORTC-QLQ-C30, cujas justificações para esta escolha são exploradas nas próximas secções deste capítulo. A utilização de ambos mostrou-se pertinente uma vez que estes englobam diversas dimensões da QVRS, sendo defendido que instrumentos que avaliem várias dimensões da QVRS e que se encontrem validados para a população em questão contribuem para um nível mais elevado de evidência (Pimentel, 2003). Além disso, estes questionários não se restringem à avaliação da função física, como os instrumentos utilizados em grande parte dos estudos, incorporando áreas como a mobilidade, auto-cuidado, família e trabalho que Dempster e Donnoley (2000) descobriram ser essenciais para a população idosa com esta patologia (Dempster and Donnelly, 2000).

1.4.1. Elderly Assessment System; Sistema de Avaliação de Pessoas Idosas

O instrumento EASYcare é um instrumento desenvolvido a nível Europeu e recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que tem o intuito de caracterizar a QVRS e o bem-estar da população idosa, com 65 anos ou mais, compreendendo o carácter multidimensional das necessidades desta população e permitindo a delineação de um perfil das necessidades e

prioridades relativas aos cuidados de saúde necessários (Sousa et al., 2003, Sousa et al., 2002, Richardson, 2001).

O EASYcare encontra-se já validado para a população Portuguesa (Sousa et al., 2002) e tem sido amplamente usado em Portugal em diversos contextos como os da investigação, da prática social e de saúde, bem como para caracterização da população. Este instrumento encontra-se disponível para os países da União Europeia, podendo possibilitar, futuramente, um conhecimento abrangente das necessidades dos idosos ao nível europeu (Sousa et al., 2002).

Este instrumento engloba um total de 8 domínios que se subdividem em questões específicas que avaliam a percepção dos idosos em relação às suas capacidades, não indicando as competências. A caracterização dos idosos é realizada com base nas seguintes variáveis: visão, audição, mastigação, fala, saúde, solidão, habitação, realização de trabalho doméstico, preparação de refeições, realização de compras, administração do próprio dinheiro, utilização do telefone, toma de medicamentos, mobilidade no interior de casa, mobilidade no exterior da casa, capacidade de subir e descer escadas, deslocação da cama para a cadeira, utilização da sanita, utilização da banheira ou chuveiro, cuidado da aparência pessoal, capacidade para se vestir, capacidade para se alimentar, incontinência urinária, incontinência fecal, depressão e diminuição cognitiva (Sousa et al., 2002).

A cotação é realizada a partir da atribuição de um determinado valor a cada opção de resposta, salientando-se que as pontuações mais elevadas significam uma maior incapacidade. Através da selecção de determinadas questões deste questionário é possível calcular o nível geral de (in)dependência da pessoa nas AVDs, avaliar o risco de ruptura no cuidado ou de admissão hospitalar e o risco de queda e/ou lesões provocadas por estes acidentes (Figueiredo and Sousa, 2000). O agrupamento de questões que permite a avaliação destes parâmetros encontra-se ilustrado no Apêndice 1.

Assim, a respectiva escala permite aos profissionais, às pessoas idosas e aos seus cuidadores informais registar informação sobre áreas que possam ter impacto na independência, saúde e bem-estar da pessoa idosa.

Este instrumento constitui um meio eficaz de avaliar a QVRS, bem-estar e necessidades das pessoas idosas, ao mesmo tempo que as capacita envolvendo-as na definição das suas necessidades e prioridades (Andreas E Stuck et al., 2007). Para além disso, ajuda os profissionais a melhorar os cuidados que prestam ao idoso. Acresce que os dados obtidos podem ser utilizados para avaliar problemas na população, necessidades e objectivos, que auxiliam a gestão dos serviços, a investigação e a formulação de políticas (Gama et al., 2000, Becker, 2001).

1.4.2. European Organization for Research and Treatment of Cancer Questionnaire

O questionário EORTC-QLQ-C30 foi desenvolvido pela Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Cancro em 1993 (Aaronson et al., 1993). Este instrumento é específico

para doentes com cancro e é, neste âmbito, o questionário mais usado na Europa para avaliar a QVRS destes utentes, sendo também largamente utilizado no resto do mundo (Pais-Ribeiro et al., 2008, Pimentel, 2003).

A estrutura deste instrumento, já validado para população Portuguesa (Pais-Ribeiro et al., 2008), é multidimensional apropriada para ser auto-administrado, curto e fácil de aplicar. Apesar de inicialmente a sua validade apenas poder ser assegurada em ensaios clínicos do foro oncológico, este instrumento tem vindo a ser amplamente utilizado para além deste fim, evidenciando-se a sua aplicação ao nível da monitorização individual (Pimentel, 2003).

O EORTC-QLQ-C30 é constituído por 30 itens, sendo um módulo genérico para todos os cancros, avaliando aspectos considerados relevantes para a maioria dos doentes oncológicos. No entanto, existem módulos de questões específicas dirigidas a cada tipo de cancro que complementam o núcleo central de 30 itens (Pais-Ribeiro et al., 2008, Pimentel, 2003). O carácter multidimensional deste instrumento é assegurado através da inclusão de 5 escalas funcionais (física, desempenho, função cognitiva, emocional e social), 3 escalas de sintomas (fadiga, dor, náusea e vômito), e uma escala global de estado de saúde; alguns itens que avaliam sintomas comuns aos doentes oncológicos, (dispneia, anorexia, insónia, obstipação e diarreia) e a percepção do impacto económico causado pela doença (Pimentel, 2003, Aaronson et al., 1993).

Na versão utilizada nesta investigação (versão 3.0), os itens 1 a 28 têm quatro limiares de resposta: "não", "um pouco", "bastante" e "muito", apresentando-se os itens na terceira pessoa. Relativamente aos 2 últimos itens, 29 e 30, verifica-se que a resposta às questões "Como classificaria a sua saúde em geral durante a última semana?" e "Como classificaria a sua QVRS global durante a última semana?", são apresentadas numa escala de 7 pontos, variando de "péssima" a "ótima". Neste questionário é ainda possível verificar que ao nível dos itens de funcionalidade, de estado de saúde global e de QVRS, uma pontuação alta corresponde a uma boa capacidade funcional, a uma boa percepção do estado de saúde geral e QVRS, respectivamente. Ao contrário dos itens relacionados com os sintomas, em que uma pontuação alta representa um elevado grau de problemas/sintomas.

1.5. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde como base da interpretação dos instrumentos

A interpretação dos resultados dos instrumentos supramencionados pode ser beneficiada se os diferentes parâmetros abordados forem relacionados com os domínios da CIF, proposta pela OMS (Ocarino et al., 2009).

Assim, para uma melhor entendimento da pertinência deste método, segue-se a apresentação e contextualização da CIF.

1.5.1. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

Recentemente, tem-se destacado a necessidade de analisar os conteúdos dos questionários de saúde, nomeadamente os questionários que avaliam a QVRS, à luz de um sistema de referências universalmente aceite e padronizado. Defende-se que a informação é mais útil quando apresentada dentro de um quadro da linguagem padronizada, pelo que se tem preconizado o uso da CIF (Tschiesner et al., 2008).

A CIF constitui um quadro universal de classificação desenvolvida pela OMS que codifica uma ampla gama de informações sobre saúde através de uma linguagem comum padronizada que permite a comunicação sobre saúde em todo o mundo. Este sistema de classificação contém domínios de saúde e relacionados com a mesma, descritos com base na perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade (Cieza and Stucki, 2008).

A respectiva classificação descreve os domínios com base na perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade, em duas listas básicas: i) Estruturas e Funções do Corpo e ii) Actividades e Participação. Estes domínios são descritos de acordo com o termo de deficiência, limitação da actividade ou restrição na participação (Cieza and Stucki, 2008). Relativamente ao domínio das estruturas e funções do corpo verificam-se duas classificações (função e estrutura) que estão concebidas de forma a serem utilizadas em paralelo. As funções e as estruturas do corpo são classificadas de acordo com os sistemas orgânicos, assim, as deficiências neste domínio dizem respeito a uma anormalidade, defeito, perda ou outro desvio importante relativamente a um padrão geralmente aceite como estado biomédico normal do corpo e das suas funções (Organização Mundial da Saúde, 2004). Os domínios para o componente Actividade e Participação encontram-se incluídos numa única lista que cobre a faixa completa das áreas da vida, englobando, no caso da actividade, a capacidade de executar tarefas e, no caso da participação, a capacidade para participar em situações de vida (Gilchrist et al., 2009, Saúde, 2004).

Neste sentido, a CIF permite registar perfis úteis de funcionalidade, incapacidade e saúde dos indivíduos em vários domínios, uma vez que considera a interacção dos diferentes constructos, determinando deficiências ao nível da estrutura e função do corpo, bem como limitações e restrições (Saúde, 2004, Tschiesner et al., 2008). Assim, torna-se possível identificar algumas áreas onde esta classificação pode ter um contributo importante, entre os quais se destaca a prática clínica e a estatística, verificando-se que a CIF permite acompanhar a evolução dos pacientes, avaliar as diversas terapias, mensurar a incapacidade ocasionada pelos diferentes níveis de cada doença ou lesão, relacionando com o impacto na QVRS de forma a uniformizar e padronizar a informação (Buchalla, 2003).

1.5.2. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde no contexto da doença oncológica

Relativamente à doença oncológica, verifica-se que tanto a própria patologia como o seu tratamento tem impacto ao nível da estrutura e função do corpo, da actividade e da participação (Gilchrist et al., 2009).

As deficiências ao nível estrutura e função do corpo descritas podem resultar em limitações da actividade e restrições à participação, destacando-se as limitações ao nível da mobilidade, auto-cuidado e vida doméstica, bem como restrições à participação em situações de vida como relações interpessoais, emprego, lazer, desporto, entre outras (Gilchrist et al., 2009). Além disso, defende-se que o impacto de deficiências ao nível da estrutura e função é ainda mais expressivo nas idades mais avançadas, verificando-se um acentuar das limitações de actividade e restrições à participação em idosos (Deimling et al., 2007).

As limitações de actividade e restrições à participação prejudicam a QVRS dos indivíduos, aumentando a probabilidade destes relatarem um estado de saúde pobre e contribuindo para um aumento da susceptibilidade à depressão, ansiedade, perda de autonomia, sentimentos de dependência e isolamento social (Deimling et al., 2007).

Desta forma, torna-se essencial avaliar a QVRS e necessidades da população idosa com cancro tendo em conta as dimensões da CIF, no sentido de proporcionar intervenções destinadas a enfrentar eventuais perdas de função e permitir a participação nas actividades diárias e envolvimento global na vida. A compreensão das necessidades dos indivíduos tendo em conta as deficiências de estrutura e função, limitações de actividade e restrições à participação, fornece uma visão mais ampla do indivíduo, facilitando o estabelecimento de prioridades na delineação do plano de cuidados, bem como a selecção das intervenções terapêuticas mais adequadas (Gilchrist et al., 2009, Tschiesner et al., 2008).

Além disso, considera-se que a integração da informação de acordo com a CIF pode fomentar uma comunicação mais consistente entre pacientes, familiares e profissionais de saúde, uma melhor compreensão e análise das necessidades dos pacientes e dos seus problemas, evitando a falta de identificação dos mesmos, podendo facilitar, ainda, a delineação de estratégias integradas (Tschiesner et al., 2008).

1.5.3. A interpretação dos resultados segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

A pertinência da interpretação dos resultados segundo a CIF surge então no sentido da informação ser disponibilizada de forma completa e uniformizada, que permita averiguar de forma multidimensional a QVRS dos indivíduos.

Uma das formas de realizar este processo baseia-se na distribuição das diferentes questões de cada questionário pelos diferentes domínios da classificação, “Estrutura e função do

corpo”, “Actividade” e “Participação”, devendo este procedimento obedecer a um conjunto de regras já estabelecidas e padronizadas (Cieza et al., 2002, Cieza et al., 2005, Castaneda and Plácido, 2010)

Para que os três domínios da CIF possam ser quantificados através de uma escala genérica e universal, a OMS (2004) propõe uma classe de percentagens destinada aos instrumentos de medida calibrados. Estas classificações surgem no sentido de quantificar o problema, e sugerem que, um comprometimento de 0-4% indica que não há problema e comprometimentos na escala de 5-24%; 25-49%; 50-95% e 96-100% que correspondem, a um problema ligeiro, a um problema moderado, a um problema grave e a um problema completo, respectivamente (Organização Mundial da Saúde, 2004).

1.6. Sumário

O capítulo anteriormente apresentado pretendeu enquadrar a doença oncológica no âmbito da QVRS e do processo de envelhecimento, destacando-se a necessidade de se proceder a uma avaliação passível de ser apresentada numa linguagem universal e padronizada de forma a auxiliar o delineamento de intervenções que integrem as necessidades dos indivíduos de forma multidimensional. Neste seguimento, foi evidenciado a utilização de um questionário genérico (EASYcare) e outro específico (EORTC-QLQ-C30), tendo-se procedido à apresentação e contextualização dos mesmos. A ênfase da abordagem destes instrumentos tendo em conta a CIF também foi destacada, apresentando-se a pertinência de compreender as necessidades do indivíduo idoso com cancro segundo os domínios da CIF.

Capítulo 2. Objectivos e metodologia de investigação

2.1. Introdução

O respectivo capítulo inicia-se com a identificação dos objectivos da investigação desenvolvida e apresenta a metodologia onde são descritos o desenho da investigação, os procedimentos adoptados na selecção da amostra e a constituição da mesma, os procedimentos da recolha dados, as principais características dos instrumentos administrados e, por fim, a análise dos dados.

2.2. Objectivos do estudo

Os objectivos gerais do estudo foram:

- Caracterizar a QVRS e as necessidades da população idosa com doença oncológica;
- Analisar os resultados dos instrumentos de recolha de dados tendo como referência a CIF.

Os objectivos específicos do estudo foram:

- Descrever as características sócio-demográficas da população idosa com cancro;
- Analisar a QVRS desta população recorrendo ao uso do EASYcare e ao EORTC-QLQ-C30;
- Comparar os dados obtidos com um questionário genérico de avaliação de QVRS para a população idosa (EASYcare) e um questionário específico de avaliação de QVRS de pessoas com cancro (EORTC-QLQ-C30), relativamente idade, de acordo com duas faixas etárias (65 aos 73 anos e 74 e mais anos);
- Analisar a doença oncológica na população idosa, nos domínios de estruturas e funções, limitações da actividade e restrições à participação de acordo com a linguagem CIF.

2.3. Metodologia

2.3.1. Desenho do estudo

A respectiva investigação diz respeito a um estudo descritivo-exploratório de abordagem quantitativa e qualitativa (Fortin, 1999), pretendendo descrever a QVRS e as necessidades da população idosa com cancro e encontrar relações entre as diferentes variáveis estudadas. Por outro lado, os dados são obtidos num único momento tratando-se de um estudo transversal (Ribeiro, 1999).

Desta forma, para a clarificação do desenho de investigação, torna-se necessário definir as variáveis dependentes e independentes. Neste estudo, identificam-se como variáveis independentes a idade superior a 65 anos e o diagnóstico de doença oncológica, pelo que a QVRS e as necessidades desta população e a sua organização nos diferentes domínios da CIF, constituem as variáveis dependentes.

2.3.2. Amostra

O método de amostragem levado a cabo foi a amostragem accidental (Fortin, 1999), uma vez que os sujeitos convidados a participar no estudo foram doentes oncológicos em tratamento acompanhados no serviço de oncologia do Hospital Infante D. Pedro de Aveiro.

Os critérios de inclusão estabelecidos para esta investigação foram os seguintes: idade superior a 65 anos, uma vez que é a partir dessa idade que a OMS considera o indivíduo idoso; diagnóstico de doença oncológica e realização de tratamento no momento da recolha de dados, uma vez que estratégias de tratamento da doença oncológica podem produzir no doente reacções negativas (Hickok et al., 2005, Knobf and Sun, 2005, Pimentel, 2003), incluindo sintomas como náuseas, vómitos, astenia e dor, ou sinais físicos, como a alopecia (Almeida, 2007), que exercem uma influência importante na QVRS dos sujeitos (Pinto and Ribeiro, 2006). Foram excluídos sujeitos que apresentavam comprometimento cognitivo, apresentavam sinais de consumo abusivo de substâncias tóxicas, ou que se encontravam internados.

A amostra foi constituída por 32 participantes que satisfaziam os critérios de inclusão e aceitaram participar no estudo voluntariamente, verificando-se que todos os indivíduos contactados aceitaram participar no estudo. Este tamanho de amostra foi escolhido pois trata-se do tamanho mínimo de uma amostra que permite obter resultados com significado clínico (Hopkins, 2000).

2.3.3. Recrutamento e procedimentos de recolha de dados

O recrutamento e recolha de dados foram realizados entre Outubro de 2009 e Abril de 2010. Inicialmente, procedeu-se ao contacto com o Hospital Infante D. Pedro em Aveiro e respectivo serviço de oncologia, no sentido de pedir autorização e aprovação ética para a realização do estudo. O pedido foi deferido pelo Director e pela Comissão de Ética do Hospital, a 23 de Novembro de 2009 (Apêndice 2).

A selecção dos participantes foi realizada com a colaboração do serviço de oncologia do referido Hospital. Os pacientes que cumpriam os critérios de inclusão foram sinalizados por membros da equipa terapêutica, sendo contactados pelos enfermeiros do respectivo serviço no momento do tratamento de forma a averiguar o seu interesse em participar ou não no estudo. Cada participante foi informado acerca da natureza e objectivos do estudo, da duração, do propósito da investigação, dos métodos e meios a utilizar, bem como da confidencialidade e anonimato dos dados, sendo-lhe também assegurado que não haveria qualquer implicação na qualidade dos serviços prestados caso não quisesse participar ou desejasse interromper a sua participação a qualquer momento. Após estas informações e esclarecimentos de quaisquer dúvidas, os participantes assinaram o consentimento livre e informado (Apêndice 3).

Seguidamente, o investigador procedeu à administração dos questionários em contexto de entrevista, verificando-se que a duração média de preenchimento de cada um dos instrumentos (EASYcare e EORTC-QLQ-C30) foi de 20 minutos.

Para familiarização e treino do investigador na aplicação dos respectivos instrumentos foi efectuado um pré-teste que também permitiu avaliar a eficácia e a pertinência dos questionários, bem como a precisão dos termos, a forma, a ordem, a exaustão, a compreensibilidade e a complexidade das questões e a dificuldades das respostas. Assim, os questionários foram administrados a três sujeitos, constatando-se que as questões foram compreendidas não sendo necessário realizar alterações nos instrumentos.

A confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos foram assegurados através da substituição da identidade do participante por um código, sendo os respectivos dados arquivados durante um período de pelo menos quinze anos na Universidade de Aveiro, podendo apenas ser acedidos pelos autores do estudo.

2.3.4. Instrumentos

Neste estudo foram administrados os seguintes questionários: o EASYcare (Apêndice 4) e o EORTC-QLQ-C30 (Apêndice 5).

A opção pelo instrumento EASYcare baseou-se na potencialidade deste instrumento proporcionar uma avaliação multidimensional das necessidades das pessoas idosas e no facto de ser pela Organização Mundial da Saúde (Sousa et al., 2003). Este instrumento encontra-se traduzido e validado para a população portuguesa e detém boas qualidades psicométricas,

apresentando um α de Cronbach de 0,86 (Sousa et al., 2002). O instrumento utilizado correspondeu à mais recente versão do EASYcare que permite que o mesmo seja aplicado à população com mais de 65 anos.

O questionário EORTC-QLQ-30 foi escolhido por se tratar de um instrumento curto e de fácil aplicação, tendo sido desenvolvido pela European Organization for Research and Treatment of Cancer especificamente para avaliar a QVRS da população com doença oncológica. Este questionário encontra-se já validado para a população portuguesa e considera-se que este apresenta boas propriedades psicométricas, similares às versões de outras culturas e línguas, apresentando na maioria dos itens um α de Cronbach superior a 0.7 (Pais-Ribeiro et al., 2008).

2.3.5. Análise de dados

Os dados recolhidos foram colocados numa base de dados criada no programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 15.0 para Windows da SPSS Inc., onde se realizou a posteriori o tratamento estatístico.

A análise dos dados exigiu o recurso à estatística descritiva, onde se inclui as distribuições de frequência e percentagens, as medidas de tendência central (média) e a medida de dispersão (desvio-padrão).

Após ter sido testada a normalidade da distribuição dos dados recorreu-se ao uso do teste não paramétrico Mann-Whitney U para avaliar as diferenças entre a população mais idosa com a menos idosa, bem como as diferenças entre género. Neste estudo, foi considerado um nível de significância de $p < 0,05$.

A análise dos resultados do EASYcare encontra-se estruturada segundo os domínios do respectivo instrumento: Visão, Audição e Comunicação; Cuidar de si, Mobilidade; Segurança; Local de residência e finanças; Manter-se saudável; Saúde mental e bem-estar e Administração da medicação. Para cada um destes domínios a distribuição da amostra é ilustrada pelo tipo de resposta dada.

Relativamente ao questionário EORTC-QLQ-C30, a organização dos resultados baseou-se no artigo publicado do processo de validação para a população portuguesa (Pais-Ribeiro et al., 2008), encontrando-se dividida em escalas funcionais, estado de saúde geral e escalas de sintomas sendo que a análise do item relacionado com o impacto da doença ao nível financeiro é incorporado nas escalas de sintomas, seguindo o processo de validação anteriormente referenciado. Esta análise é efectuada através do estudo da distribuição da amostra pelo tipo de resposta.

Em ambos os questionários, os resultados obtidos em cada domínio e escala são estudados de acordo com o valor médio de resposta efectuando-se uma conversão destes valores em percentagem de forma a que possam ser interpretados à luz da classificação universal estabelecida pela OMS (Organização Mundial da Saúde, 2004).

Por fim, realizou-se uma análise de enquadramento dos questionários EASYcare e EORTC-QLQ-C30 nos domínios da CIF, ou seja, Estrutura e Função do Corpo, Actividade e Participação (Apêndice 6). É de considerar que a integração dos instrumentos na CIF diferenciou a Actividade da Participação de forma a clarificar a respectiva abordagem, uma vez que se considera enriquecedor diferenciar as limitações ao nível da capacidade de executar tarefas e as restrições na capacidade para participar em situações de vida.

2.4. Sumário

O capítulo apresentado procurou apresentar de forma clara e sucinta os objectivos do estudo e demonstrar as diferentes fases realizadas ao longo desta investigação para avaliar a QVRS e as necessidades de pessoas idosas com cancro, por meio da utilização de dois instrumentos de QVRS: EASYcare e EORTC-QLQ-C30.

Capítulo 3. Resultados

3.1. Introdução

O presente capítulo destina-se à exposição dos resultados obtidos nesta investigação com os questionários EASYcare e EORTC-QLQ-C30 aplicados a uma população idosa com doença oncológica. Em primeiro lugar apresenta-se a caracterização da amostra, sendo esta seguida da descrição da QVRS e das necessidades da população estudada de acordo com os dois instrumentos utilizados. A análise dos resultados obtidos nos domínios do questionário EASYcare e nas escalas do questionário EORTC-QLQ-C30 é apresentada em segundo lugar, seguindo-se a análise dos questionários com base na CIF, tendo em conta os domínios considerados por esta classificação, i. é., estruturas e funções do corpo, actividade e participação.

3.2. Caracterização da amostra

A amostra deste estudo foi constituída por 32 indivíduos idosos com doença oncológica a realizar tratamento no Hospital Infante D. Pedro de Aveiro no serviço de Oncologia (Tabela 1). Do total dos participantes, 14 eram do género masculino (43,75%), com uma média de idades de 73 anos (DP=5,38), com um intervalo compreendido entre os 65 e os 84 anos. Observou-se um predomínio de sujeitos casados ou em união de facto (n=21, 65,63%), que residiam em zonas rurais (n=18; 56,25%). A maioria dos participantes frequentou o nível básico de escolaridade (n=23, 71,88%) e considerou que a sua situação financeira era suficiente (n=21; 65,63%). Cinco participantes (15,63%) consideraram que lhes sobra algum dinheiro e 6 (18,75%) referiram que as suas finanças não chegavam para as necessidades.

Na avaliação do agregado familiar, considerando as seguintes categorias, viver sozinho, em casal, com família alargada, em instituição ou outra situação, observou-se que a maioria dos sujeitos, 22 indivíduos, vivia com família alargada (68,75%) e os restantes 10 indivíduos viviam em casal (31,25%). Através da avaliação da situação profissional dos indivíduos foi possível identificar que todos os sujeitos se encontravam reformados. É ainda de destacar que relativamente ao tipo de cancro, observou-se que o mais prevalente era o cancro colorrectal (37,5%), seguido do cancro no fígado (15,62%) e estômago (15,62%).

Tabela 1 – Caracterização da amostra do estudo relativamente ao estado civil e aos anos de educação formal.

	Género					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Estado Civil						
Solteiro	1	3,13	0	0,00	1	3,13
Casado ou União de facto	9	28,13	12	37,50	21	65,63
Divorciado ou Separado	1	3,13	1	3,13	2	6,25
Viúvo	3	9,38	5	15,62	8	25,00
Anos de educação formal						
0	2	6,25	2	6,25	4	12,50
1	0	0,00	0	0,00	0	0,00
2	1	3,13	3	9,38	4	12,50
3	2	6,25	7	21,88	9	28,13
4	8	25,00	6	18,75	14	43,75
≥ 5	1	3,13	0	0,00	1	3,13

3.3. Estudo da qualidade de vida e das necessidades dos indivíduos idosos com cancro através da aplicação do questionário EASYcare

A secção de resultados que se segue encontra-se organizada segundo os domínios avaliados pelo EASYcare, dividindo-se em Visão, Audição e Comunicação; Cuidar de si, Mobilidade; Segurança; Local de residência e finanças; Manter-se saudável; Saúde mental e bem-estar e Administração da medicação. Os resultados relativos ao estudo comparativo efectuado entre a população mais idosa com os menos idosos são apresentados consoante a relevância verificada ao longo do estudo de cada domínio.

3.3.1. Visão, Audição e Comunicação

Através do estudo dos resultados deste domínio, verificou-se que a maioria dos sujeitos não apresentava dificuldades. Ao nível da visão 62,5% (n=20) dos indivíduos declararam conseguir ver. No entanto, 37,5% (n=12) referiram ter dificuldades neste aspecto. No que diz respeito à audição, 65,6% (n=21) conseguiam ouvir mas, 34,4% (n=11) dos sujeitos referiram apresentar dificuldades. A maioria dos indivíduos (n=30; 93,8%) não relatou dificuldade na capacidade de se fazer entender através da fala, e apenas 2 (6,3%) apontaram dificuldades com algumas pessoas. Foi possível verificar que 87,5% (n=28) dos indivíduos conseguia utilizar o telefone sem ajuda, incluindo procurar e marcar números, sendo que os restantes 12,5% (n=4) da amostra não conseguia utilizar o telefone.

3.3.2. Cuidar de si

No domínio cuidar de si foi possível verificar que todos os participantes conseguiam lavar as mãos e a cara e relativamente à capacidade de cuidar da sua aparência pessoal e utilizar a banheira ou o duche, 29 indivíduos (90,6%) não precisavam de ajuda (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos participantes em função da resposta dada ao nível dos cuidados pessoais.

	Sem ajuda		Precisa de ajuda	
	n	%	n	%
2.1. Consegue cuidar da sua aparência pessoal? (p.ex. pentear-se, barbear-se, maquilhar-se,...)	29	90,6	3	9,4
2.3. Consegue lavar as mãos e a cara?	32	100	0	0
2.4. Consegue utilizar a banheira ou o duche?	29	90,6	3	9,4

Através da análise da tabela 3 é possível identificar que 30 sujeitos (93,8%) não precisavam de ajuda para se vestir ou tomar os seus medicamentos.

No que diz respeito à realização das tarefas domésticas, 65,6% da amostra (n=21) afirmou não necessitar de ajuda para a realização das mesmas. Um grupo de 8 indivíduos (25,0%) identificou a necessidade de alguma ajuda e 3 sujeitos (9,4%) declararam não conseguir realizar tarefas domésticas.

Relativamente a preparação das refeições 17 indivíduos (53,1%) consideraram conseguir realizar esta tarefa sem ajuda; 8 (25,0%) necessitavam de alguma ajuda e 7 (21,9%) não conseguiam preparar as refeições. No entanto, todos os sujeitos disseram-se capazes de se alimentar sem ajuda.

Os resultados obtidos demonstram que a maioria (n=29; 90,6%) não necessitava de ajuda para utilizar a sanita.

Tabela 3 - Distribuição dos participantes em função da resposta dada ao nível da capacidade de realizar actividades de vida diária.

Questões	Sem ajuda		Com alguma ajuda		Não consegue	
	n	%	n	%	n	%
2.2. Consegue vestir-se?	30	93,8	0	0	2	6,3
2.5. Consegue fazer as suas tarefas domésticas?	21	65,6	8	25,0	3	9,4
2.6. Consegue preparar as suas refeições?	17	53,1	8	25,0	7	21,9
2.7. Consegue alimentar-se?	32	100	0	0	0	0
2.9. Consegue tomar os seus medicamentos?	30	93,8	2	6,3	0	0
2.13. Consegue utilizar a sanita (ou a cadeira sanitária)?	29	90,6	3	9,4	0	0

Este domínio avaliou também os problemas com a boca, pele e de incontinência urinária e fecal. Relativamente a estes aspectos, os resultados revelaram que a maioria dos indivíduos considerava ter problemas com a sua boca ou dentes (n=18, 56,3%) e 50% (n=16) da amostra identificou também problemas com a sua pele.

Relativamente a acidentes com a bexiga e intestinos, verificou-se que a maioria dos indivíduos não teve acidentes com a sua bexiga (n=20; 62,5%), nem com os seus intestinos (n=21; 65,6%). No entanto, 25,0% (n=8) da amostra relatou acidentes ocasionais com a sua bexiga (menos de uma vez por semana) e 12,5% (n=4) apontou acidentes frequentes (uma vez por dia ou mais) ou identificou a necessidade de ajuda com algália.

Ao nível dos intestinos, 6,3% (n=2) afirmou ter acidentes ocasionais (menos de uma vez por semana) e 28,1% (n=9) dos indivíduos declararam ter acidentes frequentes ou necessitar que lhes fosse administrado um clister.

3.3.3. Mobilidade

Tal como demonstra a tabela 4, foi possível constatar que todos os indivíduos que constituíram a amostra consideraram ser capazes de se deslocar da cama para a cadeira, caso estas se encontrassem ao lado uma da outra. A maioria considerou ser capaz de subir e descer escadas sem ajuda (n=23; 71,9%), 7 (21,9%) participantes referiram necessitar de ajuda e apenas 2 (6,3%), disseram não conseguir realizar a actividade.

Relativamente à questão “Consegue andar no exterior?”, 81,3% (n=26) dos indivíduos responderam que conseguiam e 18,8% (n=6) declararam conseguir mas necessitar de ajuda. Os dados obtidos indicam ainda que 68,8% (n=22) dos indivíduos conseguia ir às compras e

deslocar-se a serviços públicos sem dificuldade. No entanto, 5 indivíduos (15,6%) identificaram a necessidade de ajuda para irem às compras e 7 (21,9%) para se deslocar a serviços públicos e os restantes participantes consideraram não conseguir realizar estas actividades. Maioritariamente os indivíduos da amostra consideraram ser capazes de se deslocar sem ajuda dentro de suas casas (n=30; 93,8%).

Tabela 4 – Distribuição dos participantes em função da resposta dada no domínio “Mobilidade”.

	Sem ajuda		Com alguma ajuda		Não consegue	
	N	%	n	%	n	%
3.1. Consegue deslocar-se da cama para a cadeira, se estiverem ao lado uma da outra?	32	100	0	0	0	0
3.4. Consegue subir e descer escadas?	23	71,9	7	21,9	2	6,3
3.6. Consegue andar no exterior?	26	81,3	6	18,8	0	0
3.7. Consegue ir às compras?	22	68,8	5	15,6	5	15,6
3.8. Tem alguma dificuldade em se deslocar até aos serviços públicos (p. ex. consultório médico, farmácia, dentista?)	22	68,8	7	21,9	3	9,4

Este domínio avaliou também os problemas com os pés e a frequência de quedas nos últimos 12 meses. A maioria dos indivíduos não apresentava problemas nos pés (n=19; 59,4%), nem sofreu quedas nos últimos 12 meses (n=23; 71,9%). No entanto, 9 indivíduos (28,1%) relataram ter caído uma vez no último ano.

3.3.4. Segurança

Através da análise dos resultados da tabela 5, foi possível constatar que grande parte da amostra, declarou sentir-se seguro dentro (n=26; 81,3%) e fora (n=24; 75%) da sua casa. Quando questionados se alguma vez se sentiram ameaçados ou assediados por alguém, a maioria, 29 indivíduos (90,6%), respondeu que não. Todos os indivíduos referiram não se sentir discriminados e 31 participantes (96,9%) afirmaram ter alguém que possa ajudar em caso de doença ou urgência.

Tabela 5 – Distribuição dos participantes em função da resposta dada no domínio “Segurança”.

	Não		Sim	
	n	%	n	%
4.1. Sente-se seguro dentro da sua casa?	6	18,8	26	81,3
4.2. Sente-se seguro fora da sua casa?	8	25,0	24	75,0
4.3. Já alguma vez se sentiu ameaçado/a ou assediado/a por alguém?	29	90,6	3	9,4
4.4. Sente-se discriminado/a por alguma razão (p. ex. a sua idade, sexo, raça, religião)?	32	100	0	0
4.5. Tem alguém que o possa ajudar em caso de doença ou urgência?	1	3,1	31	96,9

3.3.5. Local de residência e finanças

Os resultados obtidos neste domínio revelaram que a maioria dos participantes (n=30; 93,8%) se encontrava satisfeito com a sua residência. Relativamente à capacidade de gerir o dinheiro e os assuntos financeiros, verificou-se que 25 participantes (78,1%) eram capazes de o fazer, existindo 12 indivíduos (37,5%) que gostariam de obter aconselhamento acerca de subsídios ou benefícios a que possam ter acesso (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição dos participantes em função da resposta dada no domínio “Local de residência e finanças”.

	Não		Sim	
	n	%	n	%
5.1. De uma forma geral está satisfeito/a com a sua residência?	2	6,3	30	93,8
5.2. Consegue gerir o seu dinheiro e os seus assuntos financeiros?	7	21,9	25	78,1
5.3. Gostaria de obter aconselhamento acerca de subsídios ou benefícios a que possa ter acesso?	20	65,5	12	37,5

3.3.6. Manter-se saudável

Neste domínio observou-se que a maior parte dos participantes, 19 indivíduos (59,4%), não exercitava regularmente e a maioria (n=23; 71,9%) não considerou ter falta de ar durante as actividades normais.

Todos os indivíduos (100%) declararam não fumar, afirmaram que a sua tensão arterial foi verificada recentemente e 27 (84,4%) consideraram não consumir bebidas alcoólicas em excesso.

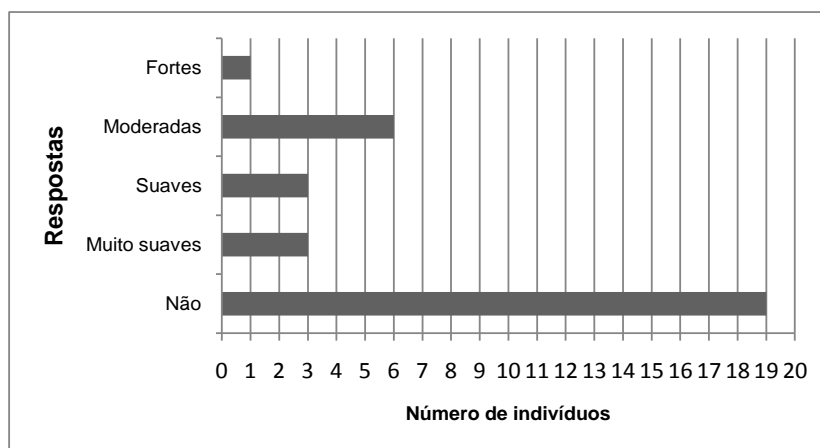
A preocupação com o peso foi outro aspecto avaliado, onde a maioria dos participantes (n=18; 56,3%) afirmou não ter preocupações a este nível, 5 participantes referiram preocupar-se com a perda de peso (15,6%) e 9 declararam preocupar-se com o excesso de peso (28,1%).

Vinte e sete participantes (84,4%) confirmaram ter as vacinas em dia, 3 não sabiam (9,4%) e 2 afirmaram não as ter em dia. Relativamente aos exames de rastreio de cancro, 28 indivíduos (87,5%) declararam ter os exames em dia e 4 (12,5%) não sabiam.

3.3.7. Saúde mental e bem-estar

O domínio saúde mental e bem-estar permitiu averiguar que a maioria da amostra, 26 indivíduos (81,3%), era capaz de realizar actividades de lazer, trabalho e outras actividades que os sujeitos consideravam importantes. Foi também possível verificar que 26 indivíduos (81,3%) não tinham perdido recentemente ninguém próximo. Constatou-se que 19 indivíduos (59,4%) declararam ter problemas em dormir e o mesmo número de indivíduos declarou não ter tido dores. Tal como é demonstrado no gráfico 1, do grupo de indivíduos que apresentou dores, 3 referiram ter dores muito suaves (9,4%), 3 consideraram as suas dores suaves (9,4%), 6 disseram ter dores moderadas (18,8) e 1 indivíduo considerou que as duas dores no mês passado foram fortes (3,1%).

Gráfico 1 – Distribuição dos participantes em função da presença e nível de dor.



Os resultados ilustrados na tabela 7 mostraram que 19 (59,4%) indivíduos não se sentiram incomodados por se sentirem em baixo, deprimidos ou desesperados. No entanto, 14 participantes consideraram que no último mês se sentiram muitas vezes incomodados por terem pouco interesse ou prazer em fazer coisas (43,8%). A maioria dos participantes deste estudo (n=23; 71,9%), não apontaram preocupações em relação a perdas de memória ou esquecimentos.

Tabela 7 - Distribuição dos participantes em função da resposta dada no domínio “Saúde mental e bem-estar”.

	Não		Sim	
	n	%	n	%
7.1. Consegue realizar actividades de lazer, trabalho e outras actividades que são importantes para si?	6	18,8	26	81,3
7.4. Recentemente perdeu ou faleceu alguém que lhe é próximo?	26	81,3	6	18,8
7.5. No mês passado teve alguns problemas em dormir?	13	40,6	19	59,4
7.7. No último mês sentiu-se muitas vezes incomodado por se sentir em baixo, deprimido ou desesperado?	19	59,4	13	40,6
7.8. No último mês sentiu-se muitas vezes incomodado por ter pouco interesse ou prazer em fazer coisas?	18	56,3	14	43,8
7.9. Tem algumas preocupações em relação a perdas de memória ou esquecimentos?	23	71,9	9	28,1

Este domínio avaliou ainda a percepção dos participantes quanto à sua saúde e sentimento de solidão. Os resultados obtidos mostraram que nenhum dos indivíduos do estudo referiu que a sua saúde era excelente ou muito boa, sendo 4 os que afirmaram que a sua saúde era boa (12,5%), 15 consideraram que a sua saúde era razoável (46,9%) e 13 declararam que a sua saúde como sendo fraca (40,6%). Portanto, de uma forma geral, os participantes deste estudo (n=28) percebem a sua saúde como sendo razoável ou fraca.

Relativamente ao sentimento de solidão constatou-se que a maioria (n=21; 65,6%), não se sentiu sozinho, sendo 11 os que declaram que por vezes se sentem sozinhos (34,4%).

3.3.8. Administração da medicação

A tabela 8 ilustra os resultados relativos à administração da medicação sendo possível constatar que 21 indivíduos (65,6%) da amostra não consideraram precisar de ajuda para obter regularmente os seus medicamentos.

Todos os indivíduos (n=32; 100%) referiram tomar sempre os medicamentos de acordo com as recomendações do seu médico, afirmando também serem capazes de tirá-los da embalagem. Trinta e um indivíduos (96,9%) consideraram que os seus medicamentos eram eficazes, não considerando haver necessidade de tomá-los de forma diferente.

Tabela 8 - Distribuição dos participantes em função da resposta dada no domínio “Administração da medicação”.

	Não		Sim	
	n	%	n	%
8.1. Precisa de ajuda para obter regularmente os seus medicamentos?	21	65,6	11	34,4
8.2. Toma sempre os medicamentos de acordo com as recomendações do seu médico?	32	100	0	0
8.3. Consegue tirar todos os seus medicamentos das embalagens?	32	100	0	0
8.4. Pensa que alguns dos seus medicamentos podiam ser mais eficazes se tomados de forma diferente?	31	96,9	1	3,1

3.4. Estudo sumário dos resultados obtidos em função dos domínios considerados pelo EASYcare

Através da análise dos resultados obtidos em cada domínio considerado pelo EASYcare foi possível constatar que de uma forma geral, os participantes considera a sua QVRS nos diferentes domínios ligeiramente afectada, verificando-se uma média de resposta que indica uma independência significativa na maioria dos domínios.

Os domínios ‘Cuidar de si’ e o ‘Saúde Mental e bem-estar’ foram os que apresentaram uma média de resposta mais elevada, 10,13 (D.P.=10,86) e 8,69 (D.P.=3,11). Através da comparação da média de resposta com a amplitude máxima esperada é possível verificar que, numa escala de 0-100%, onde valores mais elevados indicam maior comprometimento, os domínio “Saúde mental e bem-estar” (48,30%) e “Cuidar de si” (16,34%) foram os mais comprometidos.

Relativamente à comparação entre idosos com menos de 74 anos e idosos com 74 anos ou mais, foi possível verificar que os mais idosos apresentaram mais problemas de pele ($p=0,037$), mais acidentes com a bexiga ($p=0,008$), mais dificuldades em deslocar-se no exterior ($p=0,003$) e necessitaram de mais ajuda para obter regularmente os seus medicamentos ($p=0,039$).

Relativamente aos domínios considerados pelo EASYcare a análise dos resultados obtidos permitiu também constatar diferenças estatisticamente significativas ($p=0,027$) no domínio “Saúde mental e bem-estar” entre idosos com menos de 74 anos e idosos com 74 anos ou mais, verificando-se que os indivíduos mais velhos eram os que apresentavam um comprometimento maior deste domínio.

Seguidamente apresenta-se a Tabela 9 que ilustra os resultados obtidos, média de resposta e desvio padrão, para cada domínio. A fim de facilitar a interpretação dos resultados são também facultadas a amplitude esperada, que constitui os valores mínimos e máximos possíveis

em cada domínio, e a amplitude observada que diz respeito aos valores mínimos e máximos que se obteve com a amostra do estudo.

Tabela 9 – Média, desvio padrão, amplitude esperada e amplitude observada de cada domínio do questionário EASYcare.

	n	Média	D.P.	Amplitude esperada	Amplitude observada
1 - Visão, audição e comunicação	32	1,16	1,30	0-12	0-6
2 – Cuidar de si	32	10,13	10,20	0-62	0-48
3 – Mobilidade	32	4,22	6,45	0-37	0-25
4 – Segurança	32	0,56	0,94	0-5	0-4
5 - Local de residência e finanças	32	0,47	1,26	0-5	0-5
6 – Manter-se saudável	32	0,17	0,37	0-5	0-3
7 – Saúde mental e bem-estar	32	8,69	3,11	2-18	4-17
8 – Administração de medicação	32	0,38	0,49	0-4	0-2

3.5. Estudo das necessidades dos indivíduos idosos com cancro através da aplicação do questionário EORTC-QLQ-C30

A organização desta secção de resultados baseou-se no artigo publicado do processo de validação para a população portuguesa do questionário EORTC-QLQ-C30 (Pais-Ribeiro et al., 2008). Os resultados do questionário foram assim analisados por escalas funcionais, estado de saúde geral e escala de sintomas.

3.5.1. Escalas Funcionais

As escalas funcionais encontram-se representadas na Tabela 10 e foi possível avaliar a condição física dos participantes através da análise das primeiras cinco perguntas. A maioria dos indivíduos relatou que a realização de esforços violentos, como carregar um saco de compras pesado ou uma mala custava-lhes muito (n=16,99; 53,1%) ou bastante (n=13; 40,6%). Apenas 9 participantes consideram não lhes custar percorrer grandes distâncias a pé. Os restantes elementos da amostra consideraram realizar esta actividade com muito custo (n=11; 34,4%), bastantes custo (n=4; 12,5%) e pouco custo (n=8; 25%). No entanto, a maioria dos participantes não considera ter dificuldades em realizar um pequeno passeio a pé fora de casa (n=20; 62,5%). Apesar de 15 participantes (46,9%) não ter necessidade de ficar na cama ou numa cadeira durante o dia, verificou-se que uma grande percentagem da amostra estudada revelaram ter esta

necessidade de alguma forma, i.é., 6 (18,8%) indivíduos declararam precisar um pouco, 8 (25,0%) disseram precisar bastante e 3 (9,4%) apontaram necessitar muito. Quanto à necessidade de ajuda para comer, vestir-se, lavar-se ou ir à casa de banho verificou-se que 27 indivíduos (84,4%) não necessitavam de auxílio, não existindo sujeitos que necessitassem muito de ajuda para a realização destas tarefas.

As questões 6 e 7 do questionário EORTC-QLQ-C30 referem-se ao desempenho de papéis. Através da análise da tabela 10, verificou-se que a maioria dos participantes do estudo sentia-se limitado de alguma forma no seu emprego ou no desempenho das suas actividades diárias, apenas 11 (34,4%) referiram não sentir esta limitação. No entanto, quando questionados sobre a ocupação habitual dos tempos livres ou outras actividades de lazer 17 participantes (53,1%) não consideraram sentir-se limitados no entanto, 15 identificaram algum grau de limitação.

Ao nível emocional os resultados obtidos demonstraram que a maioria dos indivíduos não se sentiram tensos (n=20; 62,5%), não teve preocupações (n=19; 59,4%) e não se sentiu irritável (n=21; 65,6%), durante a última semana.

Também de forma maioritária, os indivíduos não se sentiram deprimidos (n=21; 65,6%), não apresentaram dificuldades em concentrar-se (n=25; 78,1%), ou em lembrar-se das coisas (n=24; 75%).

Ao nível social foi possível averiguar que para 10 indivíduos o seu estado físico ou tratamento médico não interferiu na sua vida familiar (31,3%) mas para os restantes participantes estes aspectos interferiram um pouco (n=10; 31,3%), bastante (n=10; 31,3%) e muito (n=2; 6,3%) na sua vida familiar.

Tabela 10 - Distribuição dos participantes segundo a resposta dada nas escalas funcionais.

	Não		Um pouco		Bastante		Muito	
	1		2		3		4	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Custa-lhe fazer esforços mais violentos, por exemplo, carregar um saco de compras pesado ou uma mala?	2	6,3	0	0	13	40,6	17	53,1
2. Custa-lhe percorrer uma grande distância a pé?	9	28,1	8	25,0	4	12,5	11	34,4
3. Custa-lhe percorrer uma pequena distância a pé?	20	62,5	7	21,9	5	15,6	0	0
4. Precisa de ficar na cama ou numa cadeira durante o dia?	15	46,9	6	18,8	8	25,0	3	9,4
5. Precisa que o/a ajudem a comer, a vestir-se, a lavar-se ou a ir à casa de banho?	27	84,4	3	9,4	2	6,3	0	0
6. Sentiu-se limitado/a no seu emprego ou no desempenho das suas actividades diárias?	11	34,4	14	43,8	5	15,6	2	6,3
7. Sentiu-se limitado/a na ocupação habitual dos seus tempos livres ou noutras actividades de lazer?	17	53,1	9	28,1	6	18,8	0	0
21. Sentiu-se tenso/a?	20	62,5	5	15,6	7	21,9	0	0
22. Teve preocupações?	19	59,4	6	18,8	7	21,9	0	0
23. Sentiu-se irritável?	21	65,6	4	12,5	7	21,9	0	0
24. Sentiu-se deprimido/a?	21	65,6	6	18,8	3	9,4	2	6,3
20. Teve dificuldade em concentrar-se, por exemplo, para ler o jornal ou ver televisão?	25	78,1	5	15,6	2	6,3	0	0
25. Teve dificuldade em lembrar-se das coisas?	24	75,0	6	18,8	2	6,3	0	0
26. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua vida familiar?	10	31,3	10	31,3	10	31,3	2	6,3
27. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua actividade social?	17	53,1	8	25,0	5	15,6	2	6,3

3.5.2. Estado de saúde global

O estado de saúde geral (Tabela 11) é avaliado nesta escala de 1 a 7, em que 1 corresponde a uma péssima saúde e 7 a uma óptima saúde (Aaronson et al., 1993). Assim, foi possível verificar que a maioria dos indivíduos pontuou nos valores intermédios da escala, i.é, a maioria atribuiu à sua saúde em geral o valor 3 (n=7; 21,9%) e 4 (n=11; 34,4%), verificando-se que

os valores mais elevados foram os menos atribuídos. A mesma situação verificou-se relativamente à classificação atribuída à QVRS global, verificando-se que 8 indivíduos indicaram o valor de 3 (25,0%) e 7 o valor de 4 (21,9%).

Tabela 11 - Distribuição dos participantes em função da resposta dada no estado de saúde global.

		Péssima										Óptima			
		1		2		3		4		5		6		7	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
29.	Como classificaria a sua saúde em geral durante a última semana?	4	12,5	5	15,6	7	21,9	11	34,4	2	6,3	1	3,1	2	6,3
30.	Como classificaria a sua qualidade de vida global durante a última semana?	4	12,5	5	15,6	8	25,0	7	21,9	1	3,1	3	9,4	4	12,5

3.5.3. Escala de sintomas

No que diz respeito à escala de sintomas (Tabela 12), foi possível constatar que a maioria, (n=27; 84,4%) não apresentava falta de ar, não considerou ter tido dores na última semana (n=17; 53,1%) e consequentemente não sentiu que as mesmas perturbassem as actividades diárias (n=21; 65,6%).

Relativamente à fadiga, 16 indivíduos (50,0%) não precisaram de descansar durante a última semana mas 6 sujeitos declararam precisar um pouco (18,8%), 9 referiram precisar bastante (28,1%). Quando questionados quanto à sua fraqueza, constatou-se que 14 indivíduos não se sentiram fracos (43,8%), sendo 11 os que declararam ter sentido um pouco este sintoma (34,4%) e 7 os que se sentiram bastante fracos (21,9%). O nível de cansaço dos participantes foi também avaliado. Quinze sujeitos disseram não ter tido este sintoma (46,9%), 12 declaram sentir um pouco (37,5%), 4 bastante (12,5%) e 1 sujeito afirmou ter-se sentido muito cansado durante a última semana (3,1%).

Do total da amostra, 14 dos indivíduos não referiram dificuldades em dormir (43,8%). No entanto para 18 indivíduos o dormir representava algum grau de problema. Ao analisar a perda de apetite obteve-se resultados semelhantes, i.é., 16 indivíduos não apresentaram este sintoma (50,0%). No entanto este sintoma foi sentido, embora que em níveis de gravidade diferentes, por 18 participantes.

As perguntas 14 e 15 avaliaram náuseas e vômitos, tendo sido possível verificar que 19 indivíduos não tiveram enjoos durante a última semana (59,4%). No entanto este sintoma revelou-se um pouco, bastante e muito em sete, cinco, e um participantes, respectivamente. Consequentemente, a maioria dos participantes (n=23; 71,9%) referiu não ter vomitado na última semana.

A obstipação e a diarreia foram também avaliadas por este questionário tendo-se verificado que a maioria dos indivíduos não teve prisão de ventre (n=23; 71,9%) nem apresentou diarreia (n=28; 87,5%).

Relativamente às dificuldades financeiras constatou-se que 12 (37,5%) indivíduos declararam que o seu estado físico ou tratamento médico lhes causou um pouco de problemas de ordem financeira, tendo sido 10 (31,3%) os que não consideraram ter sido afectados financeiramente.

Tabela 12 – Distribuição dos participantes em função da resposta dada na escala de sintomas.

	Não		Um pouco		Bastante		Muito	
	1		2		3		4	
	n	%	n	%	n	%	n	%
8. Teve falta de ar?	27	84,4	5	15,6	0	0	0	0
9. Teve dores?	17	53,1	8	25,0	6	18,8	1	3,1
10. Precisou de descansar?	16	50,0	6	18,8	9	28,1	1	3,1
11. Teve dificuldades em dormir?	14	43,8	8	25,0	9	28,1	1	3,1
12. Sentiu-se fraco/a?	14	43,8	11	34,4	7	21,9	0	0
13. Teve falta de apetite?	16	50,0	5	15,6	6	18,8	5	15,6
14. Teve enjoos?	19	59,4	7	21,9	5	15,6	1	3,1
15. Vomitou?	23	71,9	6	18,8	2	6,3	1	3,1
16. Teve prisão de ventre?»?	23	71,9	6	18,8	3	9,4	0	0
17. Teve diarreia?	28	87,5	3	9,4	1	3,1	0	0
18. Sentiu-se cansado/a?	15	46,9	12	37,5	4	12,5	1	3,1
19. As dores perturbaram as suas actividades diárias?	21	65,6	9	28,1	1	3,1	1	3,1
27. O seu estado físico ou tratamento médico causaram-lhe problemas de ordem financeira?	10	31,3	12	37,5	4	12,5	6	18,8

3.6. Estudo sumário dos resultados obtidos em função das escalas do questionário EORTC-QLQ-C30

A análise dos resultados obtidos no questionário EORTC-QLQ-C30 permitiu constatar que a população considerada na amostra apresentou neste questionário um maior comprometimento dos domínios quando comparados com o questionário genérico EASYcare.

Através da comparação da média obtida em cada grupo de escalas com a amplitude máxima esperada foi possível observar que, numa escala de 0-100%, onde os valores mais elevados correspondem a um maior comprometimento, foi detectado um maior comprometimento relativamente à “Escala funcional” (45,1%), sendo o “Estado de saúde global” o que se encontrava menos afectado.

Seguidamente apresenta-se a tabela 13 que ilustra os resultados obtidos em cada domínio, apresentando a média de resposta obtida em cada um dos domínios, bem como o respectivo desvio padrão. Apresenta-se também a amplitude esperada, que constitui os valores mínimos e máximos possíveis em cada domínio, e a amplitude observada que diz respeito aos valores mínimos e máximos que se observaram na amostra do estudo.

Tabela 13 – Média, desvio padrão, amplitude esperada e amplitude observada de cada escala do questionário EORTC-QLQ-C30.

	N	Média	D.P.	Amplitude esperada	Amplitude observada
Escala Funcional	32	27,06	1,00	15-60	15-52
Estado de saúde global	32	4,47	3,32	2-14	2-14
Escala de sintomas	32	20,88	8,81	13-52	13-47

3.6. Estudo das necessidades dos participantes segundo o enquadramento dos questionários EASYcare e EORTC-QLQ-C30 nos domínios da CIF

A seguinte análise dos resultados baseia-se no enquadramento dos questionários EASYcare e EORTC-QLQ-C30 nos domínios da CIF, ou seja, “Estrutura e Função corporal”, “Actividade” e “Participação”.

Através da análise dos resultados foi possível verificar que os resultados obtidos através do questionário EASYcare indicaram que foi o domínio “Estrutura e Função Corporal” o que apresentou uma média de resposta mais elevada ($M=17,22$; $D.P.=8,47$), seguido da “Actividade” ($M=5,88$; $D.P.=10,82$) e por fim a “Participação” ($M=3,63$; $D.P.=4,16$). Quando se compara os dados com a amplitude máxima esperada, é possível verificar que, segundo uma escala de 1-100%, o domínio mais afectado diz respeito à “Estrutura e função Corporal” (32,49%), sendo identificado como um problema moderado, seguindo-se o domínio da “Participação” (18,15%) e “Actividade” (8,17%), que constituem um problema ligeiro.

Os dados obtidos indicam também diferenças significativas ($p=0,043$) entre indivíduos com idades inferiores a 74 anos e indivíduos com 74 anos ou mais, sendo a faixa etária mais elevada a que apresenta um maior comprometimento do domínio da Actividade.

Os resultados obtidos através do questionário EORTC-QLQ-C30, indicam que é o domínio da Estrutura e função o que apresenta uma média de resposta mais elevada ($M=34,13$; $D.P.=9,81$). No entanto, a consideração das proporções da amplitude esperada, permite observar que é o domínio da “Actividade” o mais comprometido (53,3%), apresentando-se como um problema grave, seguido do domínio da “Participação” (48,45%) e por último “Estrutura e função corporal” (40,63%), que são identificados como problemas moderados.

Seguidamente apresenta-se a tabela 14 que ilustra os resultados obtidos segundo os domínios da CIF, tendo em conta os dois questionários utilizados, EASYcare e EORTC-QLQ-C30.

Tabela 14 – Média, desvio padrão, amplitude total e amplitude esperada em função do enquadramento dos questionários EASYcare e EORTC-QLQ-C30 nos domínios da CIF.

	n	Média		D.P.		Amplitude esperada		Amplitude observada	
		EASYcare	EORTC	EASYcare	EORTC	EASYcare	EORTC	EASYcare	EORTC
Estrutura e função	32	17,22	34,13	8,47	9,81	2-53	21-84	5-32	21-74
Actividade	32	5,88	10,66	10,82	2,68	0-72	5-20	0-44	5-18
Participação	32	3,63	10,66	4,16	1,60	0-20	4-22	0-13	4-21

3.7. Sumário

O capítulo apresentado procedeu a uma apresentação dos dados recolhidos durante investigação, pelo que os principais resultados corresponderam ao comprometimento dos domínios “Cuidar de si” e “Saúde Mental e Bem-estar” no EASYcare e a escala funcional no EORTC-QLQ-C30. A integração dos questionários nas dimensões da CIF permitiu constatar que, segundo o EORTC-QLQ-C30 o domínio da “Actividade” foi o mais comprometido e segundo o EASYcare foi o da “Estrutura e função corporal”.

Relativamente às diferenças entre os idosos com menos de 74 anos e idosos com 74 anos ou mais, constatou-se que os mais idosos apresentaram mais problemas com a pele ($p=0,037$), mais acidentes com a bexiga ($p=0,008$), mais dificuldades em andar no exterior ($p=0,003$), mais necessidade de ajuda para obter os seus medicamentos ($p=0,039$), apresentando também um maior comprometimento ao nível do domínio “Saúde mental e bem-estar” do EASYcare e mais limitações de actividade ($p=0,043$).

Capítulo 4. Discussão dos resultados

4.1. Introdução

Pretende-se com este capítulo a confrontação e comparação dos resultados obtidos com a revisão da literatura na qual este trabalho se baseou, procedendo-se à discussão das principais ideias levantadas por este estudo. Além disso, são abordadas as contribuições e limitações do estudo desenvolvido, sendo referidas recomendações para a elaboração de trabalhos futuros a fim de ser dado um contributo; por um lado para uma melhor compreensão da problemática da doença oncológica em indivíduos idosos e, por outro lado permitir o desenvolvimento de intervenções integradas desenhadas de acordo com as necessidades identificadas pelos próprios envolvidos.

4.2. Caracterização da qualidade de vida relacionada com a saúde e principais necessidades

A realização desta investigação baseou-se na utilização de dois questionários, um genérico e validado na avaliação da população idosa em Portugal (EASYcare) (Sousa et al., 2002) e outro específico e validado para a avaliação da QVRS da população oncológica em Portugal (EORTC-QLQ-C30) (Pais-Ribeiro et al., 2008). A informação fornecida por ambos foi complementar neste estudo uma vez que se registou que através do questionário de avaliação geral a QVRS da população estudada se encontrava menos afectada que quando avaliada pelo questionário específico de doença oncológica. De facto, verificou-se que de uma forma geral, os domínios do EASYcare apresentavam um baixo comprometimento. O questionário EORTC-QLQ-C30 já apontou para um comprometimento moderado em todos os domínios.

Um comprometimento moderado foi encontrado no EASYcare no domínio “Saúde mental e bem-estar” e em alguns aspectos avaliados no domínio “Cuidar de si”. Neste último, é de destacar o facto de mais de metade da amostra apresentar problemas com a sua boca e dentes. Na realidade, os problemas orais constituem um problema frequente, decorrente da quimioterapia ou radioterapia, nos indivíduos com doença oncológica (Sonis and Fey, 2002), estimando-se que aproximadamente 90% dos pacientes que receberem tratamento para os cancros da cabeça e pescoço apresentam esta problemática e estudos apontam para uma prevalência de 40% em indivíduos com outros tipos de cancro (Martins et al., 2002, Sonis, 1983). Além disso, a literatura indica que esta problemática pode ser ainda mais evidente na população idosa, uma vez que nestes indivíduos a recuperação é mais lenta (Sonis, 1983). Este problema é especialmente preocupante e comprometedor da QVRS, uma vez que as complicações orais do cancro podem afectar a realização de algumas actividades essenciais à QVRS do indivíduo, nomeadamente ao nível da alimentação e comunicação (Sonis, 1983). Destaca-se pois, a necessidade de se ter em conta esta problemática na população idosa com cancro, evidenciando-se a necessidade de uma

avaliação adequada a este nível e um acompanhamento, sendo considerado essencial a prevenção, o reconhecimento e o tratamento adequado destas lesões, de forma a melhorar a QVRS destes indivíduos (Sonis, 1983).

No mesmo domínio do EASYcare verificou-se também que 50% da amostra desenvolvida indicou também apresentar problemas com a pele. Estes dados são corroborados pela literatura, uma vez que se sabe que pacientes a receber tratamento de quimioterapia ou radioterapia podem experienciar problemas com a pele (Ryan et al., 2007). O impacto dos problemas de pele na QVRS é importante, uma vez que estes sintomas podem apresentar-se com gravidade podendo prejudicar o estado funcional, emocional e social (Finlay, 2004, Haley et al., 2010).

Ainda relativamente ao domínio ‘Cuidar de Si’ constatou-se que os indivíduos apresentavam um baixo comprometimento no que diz respeito à realização de AVDs, o que nem sempre é encontrado desta forma na literatura. Na realidade os estudos apontam o comprometimento ao nível da capacidade de realizar AVDs como um grande problema sentido pela população idosa com cancro (Mohile et al., 2009). Extermann e seus colaboradores (1998) demonstraram uma prevalência de dependência ao nível das AVDs, superior a 70% em pacientes com cancro com 70 e mais anos (Extermann et al., 1998). Outro estudo realizado por Ingram e os seus colaboradores (2002) verificou uma grande prevalência de dependência a este nível, demonstrando que 69% da amostra era dependente em pelo menos uma actividade básica de vida diária e 58% apresentavam dependência em uma ou mais actividades instrumentais de vida diária (Ingram et al., 2002). Estas diferenças podem dever-se ao facto de nestes estudos terem sido utilizados instrumentos específicos de avaliação funcional, como Older Americans Resource Scale for Instrumental Activities of Daily Living (OARS-IADL) e The Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status (ECOG Performance Status) (Ingram et al., 2002). Estas escalas são, assim, mais sensíveis a aspectos particulares de comprometimento ao nível do desempenho funcional, podendo detectar com mais facilidade comprometimentos a este nível, comparativamente a um instrumento genérico de QV como o EASYcare.

No entanto, apesar de neste estudo os indivíduos apresentarem um baixo comprometimento relativamente à realização das AVDs, é essencial não descuidar este aspecto, uma vez que a manutenção do estado funcional constitui um dos aspectos mais importantes para a população com doença oncológica (Wedding et al., 2007, Deimling et al., 2002) e o comprometimento deste pode conduzir à depressão, ansiedade e interferir na interacção social e familiar do indivíduo (Schipper et al., 1984). A literatura aponta, desta forma, para uma relação entre os aspectos avaliados pelo domínio “Cuidar de si” e os aspectos considerados pelo “Saúde mental e bem-estar” que, correspondeu ao domínio mais comprometido desta investigação, segundo o EASYcare.

De facto, constata-se que o bem-estar emocional constitui um desafio importante para a população idosa, uma vez que se considera o cancro como um agente stressor variável e complexo que prejudica a manutenção de bem-estar ao nível emocional (Mor et al., 1994, Kua, 2005) e indivíduos com cancro podem experienciar stress, ansiedade, preocupação, raiva,

depressão, sentimentos de desespero e medo (Mor et al., 1994). A presença destes sintomas na população idosa pode ser ainda mais preocupante uma vez que pode contribuir para um aceleração do processo de envelhecimento e um mais rápido abandono do trabalho, actividades sociais e de lazer (Kua, 2005), sendo que uma parte significativa da amostra (43,8%) apontou realmente estar incomodado por ter pouco interesse ou prazer em fazer coisas.

Ainda no âmbito da “Saúde mental e bem-estar” é possível destacar que o principal problema apontado pela amostra é o do sono, verificando-se que cerca de metade da amostra aponta dificuldades a este nível. Este resultado vai ao encontro da literatura que reforça que a dificuldade em dormir constitui um dos problemas mais presentes em pessoas com doença oncológica (Ginsburg et al., 1995, Sarna, 1993, Whelan et al., 1997). Um estudo realizado por Katz & McHorney (1998), que questionou indivíduos com doenças crónicas, incluindo a doença oncológica, verificou uma prevalência de 50% de insónias neste tipo de população (Katz and McHorney, 1998). Os resultados obtidos neste estudo apresentam uma prevalência aproximada, de 59,4% com o EASYcare e de 56,3% com o EORTC-QLQ-C-30. Estes resultados prendem-se ainda com o facto dos sujeitos da amostra encontrarem-se a realizar tratamento, existindo diversos estudos que sugerem que as dificuldades em dormir estão relacionadas com um diagnóstico recente de cancro ou com a realização de tratamentos (Davidson et al., 2002, Gooneratne et al., 2007, Savard and Morin, 2001). É de salvaguardar, no entanto, que este estudo não teve em consideração a toma de medicação ou de outras substâncias que possam ter influência nesta problemática. De forma similar à funcionalidade, a literatura tem apontado diversas associações entre a insónia e outras condições como a depressão (Brabbins et al., 1993, Hohagen et al., 1994), ansiedade, aumento dos níveis de stress e dor na população com doença oncológica (Davidson et al., 2002, Gooneratne et al., 2007, Savard and Morin, 2001).

Sendo a qualidade do sono uma parte essencial da QVRS (Ivanauskienė et al., 2010), este estudo sugere que as pessoas idosas com cancro precisam de ajuda para combater a problemática da insónia, sendo essencial tratar a insónia crónica e prevenir que esta condição se instale (Davidson et al., 2002).

Outro aspecto avaliado pelo domínio “Saúde mental e bem-estar” que importa discutir diz respeito à presença de dor em idosos com doença oncológica, uma vez que se constatou uma prevalência significativa deste sintoma, i.é, 40,7% no EASYcare e 46,9% no EORTC-QLQ-C30. Uma prevalência de dor entre 25% a 40% (Bernabei et al., 1998). ou superior a 50% (Cleeland et al., 1994, Stein and Miech, 1993) dos pacientes com cancro tem sido relatada. A dor pode provocar uma grande limitação ao nível das actividades, verificando-se que quando a dor é moderada ou grave, a QVRS é grandemente afectada (Ferrell et al., 1994). Através do EASYcare foi possível constatar que a maioria dos indivíduos classificava a sua dor como moderada, sendo possível averiguar através do EORTC-QLQ-C30 que 34,4% dos participantes declararam que as dores perturbaram a realização das suas actividades diárias.

De facto, a literatura revista indica que a maioria dos pacientes classifica a sua dor como moderada (Maio et al., 2004, Daut and Cleeland, 1982). No entanto, relativamente ao impacto

deste sintoma no estado funcional das actividades diárias, verificou-se que este estudo apresentou uma prevalência menor comparativamente aos resultados de Maio e seus colaboradores (2004) onde foi verificado que 50% dos indivíduos consideraram que a dor afectava as suas actividades diárias ou no estudo de Cleeland (1994) onde 62% dos participantes declaram que a dor tinha provocado algum tipo de comprometimento ao nível funcional (Cleeland et al., 1994). Este aspecto reflecte mais uma vez a independência que caracteriza a amostra.

A avaliação da QVRS através do EORTC-QLQ-C30 trouxe-nos informações que complementam os dados obtidos com o EASYcare. Para além de mostrar um maior impacto da doença na vida dos indivíduos, os resultados indicam que são as escalas funcionais as que apresentam um maior comprometimento.

O comprometimento ao nível destas escalas vai ao encontro dos resultados obtidos no EASYcare uma vez que avalia aspectos relacionados com a saúde mental e bem-estar. No entanto, a aplicação desta escala adicionou outros resultados importantes para a caracterização da QVRS da população em estudo, como por exemplo a prevalência de fadiga, uma vez que mais de metade dos participantes declararam sentir-se fracos, cansados, necessitando também de descansar e de estar numa cadeira ou cama durante o dia. Na doença oncológica a fadiga constitui um dos sintomas mais comuns, prejudicando a manutenção da sua QVRS (Davidson et al., 2002, Rao and Cohen, 2004). Tem-se verificado que a prevalência de fadiga é superior a 50% (Rao and Cohen, 2004, Irvine et al., 1994), tanto em idosos com cancro avançado, como em idosos a realizar tratamento, existindo um estudo conduzido por Liao e Ferrell (2000) que verificou que 98% de 199 indivíduos idosos com cancro apresentavam algum grau de fadiga, tendo encontrado correlações entre este aspecto com sintomas de depressão ($r=0,57$), dor ($r=0,36$) e AVDs ($r=0,31$) (Liao and Ferrell, 2000). A fadiga é realmente um factor que compromete a QVRS, estando associada a sintomas de depressão, dor, insónia e alterações ao nível da funcionalidade (Davidson et al., 2002, Liao and Ferrell, 2000, Irvine et al., 1994, Rao and Cohen, 2004). No entanto é um aspecto frequentemente pouco reconhecido e tratado na população idosa (Liao and Ferrell, 2000).

Um outro resultado importante de ser discutido, diz respeito ao facto de um número significativo de indivíduos ter considerado que a sua doença tinha afectado a sua vida familiar. Normalmente, família é perspectivada como um recurso no caso de doença, sendo-lhe atribuída uma responsabilização acrescida no papel de acompanhar e apoiar o doente (Guadalupe, 2008). No entanto, o envolvimento deste recurso pode levar a um esgotamento do mesmo (Guadalupe, 2008) e as limitações físicas, funcionais e psicológicas que surgem em consequência do cancro, conduzem a um aumento da dependência dos indivíduos relativamente aos seus familiares e/ou cuidadores (Paredes et al., 2008). Assim, a doença oncológica pode conduzir a dificuldades acrescidas para a família e contribuir para a perturbação dos familiares do doente (Guadalupe, 2008) com repercussões físicas, aumentando os níveis de stress, problemas psicossociais e económicos (Guadalupe, 2008). Este é um aspecto particularmente importante na população idosa e que tem grandes repercussões na QVRS do indivíduo com cancro, uma vez que o suporte

proporcionado por esta unidade é um dos aspectos mais importantes na doença oncológica e a literatura defende que a necessidade de apoio emocional, principalmente por parte da família é especialmente alta (Guadalupe, 2008). Este aspecto demonstra que as intervenções na população com doença oncológica devem ser destinadas não só ao doente mas também envolver todos os intervenientes afectados, neste caso a família (Almeida, 2007).

Para além do suporte da família, os recursos financeiros também constituem um factor determinante para a QVRS dos indivíduos, tendo sido um aspecto fortemente apontado pela amostra. Estes resultados são verificados por outros estudos que identificaram que doentes com significativas necessidades de cuidados precisam de despende de uma porção importante dos rendimentos do agregado familiar, sendo até por vezes necessário aumentar as fontes de rendimento (Emanuel et al., 2000). Esta problemática, para além de ser evidente na população com doença oncológica, pode ser mais evidente junto dos idosos, podendo constituir uma dificuldade à manutenção da QVRS e exercer uma forte barreira à adesão da terapêutica (Hutchins et al., 1999a).

A caracterização da QVRS dos indivíduos idosos com doença oncológica permitiu constatar que de uma forma geral, ao contrário do que se defende, os resultados apresentaram-se positivos, com uma baixa dependência na maioria dos domínios avaliados pelo EASYcare e um moderado comprometimento nas escalas consideradas pelo EORTC-QLQ-C30. Tais resultados podem dever-se ao facto de estarmos perante uma população idosa, uma vez que a literatura defende que os idosos com cancro apresentam uma melhor QVRS que indivíduos mais jovens com a mesma patologia, uma vez que os idosos têm uma menor tendência de se queixar acerca dos sintomas e uma maior capacidade de suportar os mesmos (Crivellari et al., 2000, Maio and Perrone, 2003, Wedding et al., 2007, Vironen et al., 2006). É ainda de acrescentar que a população estudada não incluía indivíduos internados ou institucionalizados, sendo que todos os participantes residiam acompanhados pelo cônjuge ou com outros membros da família e a grande maioria (96,9%) declarou ter alguém próximo em quem podia recorrer no caso de emergência. Assim, considera-se que os participantes tinham uma maior oportunidade de exercer a sua autonomia, para além de que tinham a oportunidade de receber apoio constante dos familiares. Estes factores podem amenizar o impacto da doença oncológica e contribuir para um menor comprometimento da QVRS dos indivíduos (Helgeson and Cohen, 1996).

3.3. Comparação da qualidade de vida considerando a idade

No sentido de averiguar diferenças entre o grupo de idosos com idade igual ou superior a 74 anos e o grupo de idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 73 anos, procedeu-se a uma comparação dos dados, tendo-se verificado algumas diferenças estatisticamente significativas no questionário EASYcare.

Primeiramente é possível destacar as diferenças relativamente ao domínio “Saúde mental e bem-estar”, tendo-se verificando que os mais idosos apresentavam maior comprometimento

neste domínio ($p=0,027$). Apesar da literatura indicar que as pessoas mais velhas tendem a ter menos efeitos negativos ao nível psicológico e a apresentarem menos dificuldades em se adaptar às adversidades da doença (Kua, 2005, Mor et al., 1994, Zabora et al., 2001, Cassileth et al., 1984, Parker et al., 2002, Vinokur et al., 1990), alguns estudos têm explicado resultados semelhantes aos de esta investigação. Holland e Massie (1987) verificaram que a prevalência de depressão é maior em pessoas com 70 anos ou mais e Zabora e seus colaboradores (2001) descreveram que apesar do grupo de indivíduos com idades de 60 aos 69 anos apresentar uma maior prevalência de transtornos ao nível emocional e psicológico (34,7%), o grupo de idosos com mais de 80 anos apresentava uma maior prevalência de sintomas depressivos que o grupo de idades compreendido entre os 70 e 79 anos, 32,9% e 29,7%, respectivamente (Zabora et al., 2001). Outro estudo verificou que apesar das pessoas mais velhas terem apresentado uma menor prevalência de sintomas depressivos, as pessoas mais idosas mostravam-se mais incomodadas com problemas de imobilidade e falta de conhecimento de serviços, mostrando graus significativos de preocupação (Deimling et al., 2002). Além disso, na população idosa estes sintomas podem constituir um problema acrescido pois pode provocar um aumento da dependência destes indivíduos, podendo contribuir para o abandono do trabalho, actividades sociais e de lazer (Kua, 2005).

Para além deste domínio, existiram outras questões do EASYcare onde a mesma tendência se verificou, constatando-se que os idosos com uma idade igual ou superior a 74 anos foram os que mais apresentaram problemas ,i.é, ao nível da pele ($p=0,037$), acidentes com a bexiga ($p=0,008$), dificuldades em andar no exterior ($p=0,003$) e foram os que mais necessitaram de ajuda para obter regularmente os seus medicamentos ($p=0,039$). Estes dados vão ao encontro dos resultados revistos na literatura que consideram que os indivíduos idosos com cancro podem ser mais vulneráveis aos efeitos adversos do tratamento (Wedding et al., 2007). Além disso, a literatura que compreende o processo de envelhecimento e a doença oncológica defende que a idade está associada a um exacerbamento dos efeitos adversos ao nível da pele (Harper et al., 2004, Porock et al., 1998), da prevalência de incontinência urinária (Nitti, 2001, Pinkawa et al., 2009) e das limitações da mobilidade (Wellan et al., 2006) que influenciam na capacidade do indivíduo em se deslocar no exterior e obter regularmente os seus medicamentos.

É de destacar que as diferenças entre os grupos de idade apenas se verificaram através da utilização do questionário EASYcare que tem como intuito caracterizar a QVRS e bem-estar da população idosa (Sousa et al., 2002, Sousa et al., 2003), verificando-se que a tendência verificada neste estudo segue a de outro estudo que caracterizou a QVRS da população com mais de 75 anos em Portugal e verificou que o grupo dos autónomos predominou no escalão etário mais baixo (Sousa et al., 2003, Sousa et al., 2002). Tal pode ser justificado pelo facto do questionário EASYcare estar destinado à população idosa, estando mais sensível as alterações que ocorrem com a idade que o EORTC-QLQ-C30, o que confirma a pertinência da utilização de ambos os questionários.

Posto isto, os resultados desta investigação alertam para a necessidade de ter em consideração a idade aquando a delineação de intervenções direccionadas à população com doença oncológica, de forma a responder às necessidades desta população de forma eficaz.

3.4. Caracterização da qualidade de vida no contexto da CIF

De forma a compreender melhor os resultados de ambos os questionários surge a integração dos mesmos segundo o enquadramento da CIF, no sentido de agrupar e uniformizar a caracterização das necessidades e QVRS relacionada com a saúde destes indivíduos.

Através deste enquadramento foi possível verificar que a integração dos questionários nas dimensões da CIF permitiu constatar que, segundo o EORTC-QLQ-C30 o domínio da “Actividade” foi o mais comprometido e segundo o EASYcare foi o da “Estrutura e função corporal”. Estas diferenças podem prender-se com o facto de se tratar de um questionário de avaliação de QVRS geral e outro específico de doença oncológica. Assim, o questionário específico centra-se em actividades que são comprometidas pelas principais deficiências ao nível das estrutura e função do corpo provocadas pela doença oncológica e que não são tidas em conta pelo EASYcare.

Por outro lado, estes resultados apontam para a importância de utilizar questionários de avaliação geral, uma vez que se tornou claro que este avaliou questões relacionadas com deficiências do domínio “Estrutura e função do corpo” que não foram consideradas pelo EORTC-QLQ-C3, sendo que algumas questões, como os problemas de pele e problemas orais, estavam bem presentes na população idosa com doença oncológica e é defendido que ambas exercem um forte impacto na QVRS destas pessoas.

Apesar da diferença de resultados entre o EASYcare e o EORTC-QLQ-C30 é importante destacar que as conclusões retiradas seguem a literatura. De facto, um estudo que envolveu uma amostra de pessoas com história de cancro e a comparou com uma amostra sem historial de doença, verificou que os indivíduos idosos com historial de cancro apresentavam mais deficiências ao nível do domínio de “Estruturas e funções do corpo” (Ness et al., 2006) e outro apontou que as deficiências a este nível tinham um impacto na QV, conduzindo a limitações da actividade (Ka`rki et al., 2005).

Importa salientar que através de uma análise mais pormenorizada dos resultados foi possível encontrar dados estatisticamente significativos que apontam que os idosos mais velhos têm mais limitações ao nível do domínio da “Actividade”, segundo o EASYcare. Os resultados desta investigação são corroborados por Deimling e seus colaboradores (2007) que consideraram que, com o avançar da idade, o impacto de deficiências da estrutura e função do corpo torna-se mais expressivo, resultando num acentuar das limitações de actividade e restrições à participação em idosos (Deimling et al., 2007).

Em suma, os resultados alertam para a importante relação que as limitações ao nível do corpo e estrutura podem ter nas limitações e restrições das actividades e participação, sugerindo

que as alterações na estrutura e função do corpo provocadas pela doença oncológica culminam, realmente, em restrições à participação e limitações de actividade.

Posto isto, é evidente a necessidade cada vez mais emergente de abordar os pacientes para além da abordagem tradicional, sendo essencial organizar a informação que permite conhecer melhor as necessidades da população idosa com cancro de forma a melhorar a comunicação e compreensão destas necessidades por parte dos profissionais de saúde, doentes e familiares (Brach et al., 2007),

A pertinência da utilização da CIF como guia da avaliação das necessidades é, então, evidente neste tipo de população, uma vez que os diferentes domínios consideram áreas importantes para estes indivíduos, fornecendo informação capaz de beneficiar uma assistência mais completa, bem como auxiliar na selecção de instrumentos eficazes na prática clínica.

3.5. Limitações do estudo

A discussão de resultados apresentada neste capítulo deve considerar alguns aspectos que podem ter tido implicações nos resultados deste trabalho de investigação.

Primeiramente, o carácter transversal deste estudo poderá ter constituído uma limitação ao estudo, uma vez que não é assim possível determinar se os resultados obtidos são fruto do cancro e do respectivo tratamento ou se existem outras condições que podem contribuir para os resultados obtidos. O respectivo estudo não analisou a presença de outras enfermidades, informação que poderia ter sido útil para uma melhor compreensão dos resultados.

Além disso, a heterogeneidade da amostra, que incluiu indivíduos com diferentes tipos de cancro, bem como diferentes modalidades de tratamentos pode ter condicionado os resultados do tratamento, uma vez que estas condições podem conduzir a diferentes sintomas (Nicolussi and Sawada, 2009).

O facto do método de amostragem ter sido acidental, sendo que os indivíduos da amostra residiam na mesma zona e partilhavam os mesmos serviços constitui uma limitação à generalização dos resultados.

No que diz respeito à integração dos questionários nos diferentes domínios da CIF é importante destacar que seria pertinente que este processo fosse devidamente controlado e validado, sendo para tal necessário proceder a uma exploração exaustiva das questões de cada questionário para posterior interligação com os domínios da CIF. Para que este processo possa ser efectuado de forma correcta é necessário que os responsáveis sejam especialistas da CIF, que tenham um vasto conhecimento acerca desta classificação e dominem os conceitos, taxonomia e domínios que a compõem. Após este enquadramento, é necessário que os resultados sejam reavaliados e discutidos até ao consenso formal (Castaneda and Plácido, 2010, Cieza et al., 2005).

No entanto, considera-se que apesar da correspondência realizada nesta investigação necessitar de mais evidências, o respectivo trabalho cumpre os objectivos a que se propôs e

evidencia a importância de descrever a QVRS e necessidades de forma organizada, integrada e facilmente acessível, defendendo que só uma eficaz avaliação pode permitir uma decisão correcta, inicialmente em termos individuais e, posteriormente, em termos colectivos (Pimentel, 2003).

3.6. Implicações do estudo

Apesar da doença oncológica apresentar uma maior prevalência, incidência e mortalidade em indivíduos com mais de 65 anos, verifica-se que esta faixa etária é raramente considerado nos estudos relacionados com esta doença (Pal et al., 2010, Hutchins et al., 1999b), pelo que este estudo vem alertar para a necessidade de colmatar esta falha na compreensão das reais necessidades desta população e que impede a delineação de estratégias de assistência oncológica adequadas às reais necessidades desta população (Yancik et al., 2001).

Os principais resultados deste estudo têm um papel importante na desmistificação da doença oncológica que, normalmente, é entendida como uma sentença de morte associada a um fim doloroso (Sousa et al., 2007), pelo que os resultados obtidos trazem outra visão que se enquadra na manutenção da QVRS, contribuindo para uma diminuição do estigma associado a esta doença.

Esta investigação evidencia a doença oncológica como algo que ultrapassa as deficiências ao nível da estrutura e função do corpo, exercendo influência em todos aspectos de vida do indivíduo (Pimentel, 2003). Uma gestão de cuidados baseada numa avaliação geriátrica global pode ter efeitos significativos na redução da mortalidade, melhorias ao nível físico e cognitivo, funcionalidade e percepção de saúde (Ingram et al., 2002). Este aspecto é evidenciado neste estudo que baseando-se em instrumentos simples, individuais, compreensivos e multidimensionais, permite o conhecimento das reais necessidades desta população, dando informações que podem ser pertinentes ao nível das respostas individualizadas e organizacionais.

Além disso, a importância da avaliação da QVRS e necessidades desta população segundo as dimensões da CIF são destacadas por este estudo que indica que o conhecimento e compreensão do impacto da doença na perspectiva da CIF pode contribuir para o delineamento de intervenções destinadas a enfrentar eventuais perdas de função e permitir a participação nas actividades diárias e envolvimento global na vida.

Esta investigação conseguiu, mediante a CIF, compreender o impacto da doença de forma ampla, estabelecendo prioridades que são essenciais na delineação do plano de cuidados e selecção das intervenções terapêuticas mais adequadas.

A assistência a esta população deve então ir além dos cuidados médicos, sendo premente a adopção de intervenções capazes de corresponder às limitações de actividade e restrições à participação desta população. Uma vez que o cancro é um momento de crise que exige mudanças no doente e na família que, sendo o principal suporte do doente, também necessita de se reajustar às alterações e limitações que a doença impõe (Almeida, 2007), é necessário delinear estratégias

de apoio que englobem também esta unidade. Assim, tem-se salientado o desenvolvimento de intervenções psicoeducativas que demonstra resultados positivos junto de pacientes e respectivas famílias no âmbito da doença crónica, nomeadamente na doença oncológica (Chiquelho et al., 2006, Sousa et al., 2007).

3.7. Recomendações para futuros estudos

Com a realização desta investigação foram-se observando alguns aspectos que seria pertinente abordar em futuros estudos.

Primeiramente, evidencia-se a necessidade de replicação deste estudo com um envolvimento de uma amostra mais significativa, de forma a que os dados sejam mais fidedignos e a generalização dos mesmos seja mais segura.

Relativamente à caracterização da QVRS desta população, destaca-se a necessidade de relacionar estes resultados com aspectos clínicos específicos dos participantes e proceder a um estudo pormenorizado acerca da relação entre as deficiências de estrutura e função e as limitações de actividade e restrições à participação, de forma a averiguar o impacto que estes domínios podem exercer uns nos outros. Neste sentido, seria pertinente verificar se existe relação entre os diversos aspectos abordados pelos diferentes questionários de forma a apurar de que forma os diferentes parâmetros se conectam.

Uma vez que este estudo envolveu apenas idosos que não se encontravam institucionalizados ou internados, considera-se pertinente a replicação deste estudo nestes contextos.

No âmbito deste estudo também se destaca a utilização destes dados para o delineamento de estratégias eficazes para colmatar as necessidades sentidas. Essas estratégias deveriam ser consideradas para os serviços destinados a esta população e profissionais que lidam com a mesma, bem como para os próprios doentes e familiares, sendo pertinente avaliar o impacto e eficácia das mesmas através do EASYcare e EORTC-QLQ-C30.

Por último, destaca-se a necessidade de explorar a ligação e integração de ambos os questionários de acordo com a CIF, para que a fácil utilização dos mesmos seja aliada a uma disponibilização da informação completa e uniformizada que envolva os registos biomédicos tradicionais, como também, achados e informações sobre as AVDs e participação social, aspectos que têm extrema relevância na QVRS das pessoas idosas com cancro.

Considerações Finais

O balanço final do respectivo trabalho de investigação indica que o mesmo vai ao encontro da necessidade emergente de compreender o impacto da doença oncológica de forma integrada com o processo de envelhecimento. Tal, tem em vista a optimização de estratégias de detecção de necessidades, de tratamento e de prognósticos, de forma a torná-las mais adequadas e completas.

Através da utilização dos instrumentos EASYcare e EORTC-QLQ-C30 foi possível constatar que o EASYcare, sendo um instrumento capaz de avaliar alterações que advêm do processo de envelhecimento, também se mostrou capaz de determinar o impacto da doença oncológica no indivíduo, uma vez que efectua uma avaliação holística da QVRS dos mesmos. O EORTC-QLQ-C30 também se mostrou um instrumento importante na medida em que, sendo um instrumento específico para a população com doença oncológica, permitiu avaliar várias dimensões da QVRS dos participantes, atentado a aspectos específicos da doença oncológica, permitindo um enquadramento dos dados no contexto da doença em questão.

Este estudo foi ao encontro da necessidade de avaliar a QVRS dos indivíduos idosos com cancro de uma forma abrangente, recomendando-se para tal a utilização de instrumentos que permitam uma avaliação geral da QVRS dos indivíduos e de um instrumento específico a uma determinada população ou doença de forma a avaliar aspectos que podem não ser considerados por um instrumento de avaliação geral de QVRS geral, mas que podem exercer um grande impacto na mesma (Lamas et al., 2007, Garratt et al., 2002)

Por outro lado, dão enquadramento de acordo com a CIF facilitou a comparação dos dados obtidos em ambos os questionários. A inclusão das diferentes questões nas dimensões da respectiva classificação permitiu não só avaliar a heterogeneidade dos instrumentos em termos de representação das dimensões Estrutura e função corporal, Actividade e Participação, como também avaliar quais as dimensões com maior comprometimento na amostra considerada.

Através desta investigação foi possível analisar diversas necessidades da população idosa, que podem influir na QVRS do idoso com doença oncológica, como também fornecem informações pertinentes para a tomada de decisão clínica.

Para além da compreensão das necessidades e QVRS da população em questão, o respectivo trabalho evidenciou a necessidade de avaliar de forma holística cada doente antes, durante e depois das estratégias de tratamento. Assim, é primordial a utilização de ferramentas de avaliação multidimensionais destinadas a averiguar as condições funcionais, nutricionais, emocionais, cognitivas, socioeconómicas e físicas, de forma a que a assistência prestada a estes indivíduos permita não só melhorar a sobrevivência mas também contribua para a prevenção de síndromes geriátricas e manutenção da funcionalidade, privilegiando-se principalmente a QVRS destes indivíduos. Reconhece-se pois, a necessidade crescente de integrar o envelhecimento e a doença oncológica em investigações científicas. Sugere-se o desenvolvimento de estudos capazes de descrever com maior precisão a QVRS e as necessidades da população idosa com

cancro, sugerindo-se a replicação deste trabalho de investigação com um envolvimento de um maior número de sujeitos de forma a tornar a generalização dos resultados possível. Por outro, lado seria pertinente avaliar as necessidades e QVRS dos indivíduos idosos tendo em consideração o tipo de cancro dos indivíduos.

A identificação das necessidades através de entrevistas padronizadas e escalas validadas e mapeadas de acordo com a CIF, evidencia-se assim como um procedimento fundamental para futuros estudos que visam a determinação da melhor abordagem de tratamento e assistência a idosos com cancro.

O trabalho desenvolvido indica particularmente que para além da tradicional assistência clínica prestada aos pacientes idosos com cancro, é essencial que as estratégias destinadas a esta população perspectivem aspectos relacionados com a estrutura e função do corpo, atentando também às restrições à participação e limitações da actividade, sendo essencial a comunicação e compreensão destes aspectos não só por parte dos profissionais de saúde, mas também por parte dos próprios doentes, familiares e sociedade.

Referências Bibliográficas

- A.M. COLUSSI, L. M., D. CANDOTTO, M. DE BIASI, L. DE LORENZI, I. PIN, N. PUSIOL, C. ROMANIN, V. ZAMATTIO 2001. The elderly cancer patient: a nursing perspective. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 39, 235–245.
- AARONSON, N., AHMEDZAI, S., BERGMAN, B., BULLINGER, M., CULL, A., DUEZ, N. J., FILIBERTI, A., FLECHTNER, H., FLEISHMAN, S. B., HAES, J. C. J. M. D., KAASA, S., KLEE, M., OSOBA, D., RAZAVI, D., ROFE, P., SCHRAUB, S., SNEEUW, K., SULLIVAN, M. & TAKEDA, F. 1993. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology *Journal of the National Cancer Institute*, 85, 365-375.
- ALMEIDA, A. D. L. 2007. *Impacto da intervenção psicoeducativa: O acidente vascular cerebral e cancro*. Doutor, Universidade de Aveiro.
- ANDREAS E STUCK, K. K., ULRIKE DAPP, JENNIFER ANDERS,, WOLFGANG VON RENTELN-KRUSE, H. P. M.-B., STEVE ILIFFE,, DANIELLE HARARI, M. D. B., MATTHIAS EGGER, GERHARD GILLMANN, & SWIFT, J. C. B. A. C. G. 2007. The PRO-AGE study: an international randomised controlled study of health risk appraisal for older persons based in general practice. *BMC Medical Research Methodology*, 7.
- AUDISIO, R., RAMESH, H., LONGO, W., ZBAR, A. & POPE, D. 2005. Preoperative Assessment of Surgical Risk in Oncogeriatric Patients. *The Oncologist*, 10, 262–268.
- BALDUCCI, L. 2000. Evidence-Based Management of Cancer in the Elderly *Cancer Control*, 7, 368-376.
- BALDUCCI, L. 2003. New Paradigms for Treating Elderly Patients With Cancer: The Comprehensive Geriatric Assessment and Guidelines for Supportive Care. *The Journal of Supportive Oncology*, 1, 30-37.
- BALDUCCI, L. & YATES, J. 2000. General guidelines for the management of older patients with cancer. *Oncology (Huntingt)*, 14, 221-227.
- BARRAGÁN-BERLANGA, A. J., MEJÍA-ARANGO, S. & GUTIÉRREZ-ROBLEDO, L. M. 2007. Dolor en adultos mayores de 50 años: prevalencia y factores asociados. *salud pública de méxico*, 29, 488-494.
- BECKER, H. 2001. Social impact assessment. *European Journal of Operational Research*, 128, 311-321.
- BERNABEI, R., GAMBASSI, G., LAPANE, K., LANDI, F., GATSONIS, C., DUNLOP, R., LIPSITZ, L., STEEL, K. & MOR, V. 1998. Management of Pain in Elderly Patients With Cancer. *American Medical Association*, 279, 1877-1883.
- BRABBINS, DEWEY, COPELAND, DAVIDSON, MCWILLIAM, SAUNDERS, SHARMA & SULLIVAN 1993. Insomnia in the elderly: Prevalence, gender differences and relationships with morbidity and mortality. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 473-480.
- BRACH, M., CIEZA, A., STUCKI, G., FUßL, M., COLE, A., ELLERIN, B. E., FIALKA-MOSER, V., KOSTANJSEK, N. & MELVIN, J. 2007. ICF CORE SETS FOR BREAST CANCER. *J Rehabil Med*, 44, 121–127.
- BRUNELLO, A., SANDRI, R. & EXTERMANN, M. 2009. Multidimensional geriatric evaluation for older cancer patients as a clinical and research tool. *Cancer Treatment Reviews*, 35, 487-492.
- BUCHALLA, C. M. 2003. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Acta Fisiátrica*, 10, 29-31.
- CASSILETH, B. R., LUSK, E. J., STROUSE, T. B., MILLER, D. S., BROWN, L. L., CROSS, P. A. & TENAGLIA, A. N. 1984. Psychosocial status in chronic illness. A comparative analysis of six diagnostic groups. *The New England Journal of Medicine*, 311, 506-501.
- CASTANEDA, L. & PLÁCIDO, T. 2010. Ligação do King's Heath Questionário com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, para avaliação de pacientes com incontinência urinária pós cirurgia oncológica ginecológica. *Acta Fisiátrica*, 17, 18-21.
- CHIQUELHO, R., NEVES, S., MENDES, A., RELVAS, A. & SOUSA, L. 2006. ProDoentes - programa de apoio psico-educativo a doentes oncológicos. *Psychologica*, 41, 231-247.
- CIEZA, A., BROCKOW, T., EWERT, T., AMMAN, E., KOLLERITS, B., CHATTERJI, S., U'STU'N, T. B. & STUCKI, G. 2002. Linking health-status measurements to the international classification of functioning, disability and health. *J Rehabil Med*, 34, 205-210.
- CIEZA, A., GEYH, S., CHATTERJI, S., KOSTANJSEK, N., U'STU'N, B. & STUCKI, G. 2005. ICF linking rules: an update based on lessons learned. *J Rehabil Med*, 37, 212-218.

- CIEZA, A. & STUCKI, G. 2008. The International Classification of Functioning Disability and Health: its development process and content validity. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 44, 303-313.
- CLEELAND, C. S., GONIN, R., HATFIELD, A. K., EDMONSON, J. H., BLUM, R. H., STEWART, J. A. & PANDYA, K. J. 1994. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *The New England Journal of Medicine*, 330, 592-596.
- COHEN, H. J. 2004. Symptom Management in the Elderly Cancer Patient: Fatigue, Pain, and Depression. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32, 150-157.
- COLUSSI, A. M., MAZZER, L., CANDOTTO, D., BIASI, M. D., LORENZI, L. D., PIN, I., PUSIOL, N., ROMANIN, C. & ZAMATTIO, V. 2001. The elderly cancer patient: a nursing perspective. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 39, 235-245.
- COSTA, C. A., SANTOS, C., ALVES, P. & COSTA, A. 2007. Dor oncológica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, XIII, 855-867.
- CRIVELLARI, D., BONETTI, M., CASTIGLIONE-GERTSCH, M., GELBER, R., RUDENSTAM, C., THURLIMANN, B., PRICE, K., COATES, A., HURNY, C., BERNHARD, J., LINDTNER, J., COLLINS, J., SENN, H., CAVALLI, F., FORBES, J., AGUDGEON, SIMONCINI, E., CORTES-FUNES, H., VERONESI, A., FEY, M. & GOLDBIRSCHE, A. 2000. Burdens and benefits of adjuvant cyclophosphamide, methotrexate, and fluorouracil and tamoxifen for elderly patients with breast cancer: the IBCSG Trial VII. *Journal of Clinical Oncology*, 18, 1412-1422.
- DAUT, R. L. & CLEELAND, C. S. 1982. The prevalence and severity of pain in cancer. *Cancer*, 50, 1913-1918.
- DAVIDSON, J., MACLEAN, A., BRUNDAGE, M. & SCHULZE, K. 2002. Sleep disturbance in cancer patients. *Social Science & Medicine*, 54, 1309-1321.
- DEIMLING, G., STERNS, S., BOWMAN, K. & KAHANA, B. 2007. Functioning and Activity Participation Restrictions among Older Adult, Long-Term Cancer Survivors. *Cancer Investigation*, 25, 106-116.
- DEIMLING, G. T., KAHANA, B., BOWMAN, K. F. & SCHAEFER, M. L. 2002. Cancer survivorship and psychological distress in later life. *Psychooncology*, 11, 479-494.
- DEMPSTER, M. & DONNELLY, M. 2000. How well do elderly people complete individualised quality of life measures: an exploratory study. *Qual Life Res*, 9, 369-375.
- EDWARDS, B., HOWE, H., RIES, L., THUN, M., ROSENBERG, H. M., YANCIK, R., WINGO, P. A., JEMAL, A. & FEIGAL, E. G. 2002. Annual Report to the Nation on the Status of Cancer, 1973-1999, Featuring Implications of Age and Aging on U.S. Cancer Burden. *American Cancer Society*, 94, 2766-2792.
- EMANUEL, E. J., FAIRCLOUGH, D. L., SLUTSMAN, J. & EMANUEL, L. L. 2000. Understanding Economic and Other Burdens of Terminal Illness: The Experience of Patients and Their Caregivers. *Annals of Internal Medicine*, 132, 451-459.
- ERSHLER, W. 2003. Cancer: A Disease of the Elderly. *The Journal Supportive Oncology*, 1, 5-10.
- EXTERMANN, M. 2003. Studies of Comprehensive Geriatric Assessment in Patients With Cancer. *Cancer Control*, 10, 463-468.
- EXTERMANN, M., OVERCASH, J., LYMAN, G., PARR, J. & BALDUCCI, L. 1998. Comorbidity and functional status are independent in older cancer patients. *J Clin Oncol*, 16, 1582-1587.
- EYIGOR, S., EYIGOR, C. & USLU, R. 2009. Assessment of pain, fatigue, sleep and quality of life (QoL) in elderly hospitalized cancer patients *Archives of Gerontology and Geriatrics*.
- FERRELL, B. R., TRAN, K., FERRELL, B. A. & AHN, C. 1994. Pain management for elderly patients with cancer at home. *Cancer*, 74, 2139-2146.
- FIGUEIREDO, D. & SOUSA, L. 2000. EASYCare - Um instrumento de avaliação da qualidade de vida e bem-estar do idoso. Universidade de Aveiro.
- FINLAY, A. Y. 2004. Quality of life indices. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology*, 70, 143-148.
- FLETCHER, A., PRICE, G., SIU-WOON, E., STIRLING, S., BULPITT, C., BREEZE, E., NUNES, M., JONES, D., LATIF, A., FASEY, N., VICKERS, M. & TULLOCH, A. 2004. Population-based multidimensional assessment of older people in UK general practice. *Lancet*, 6, 1641-1642.
- FORTIN, M.-F. 1999. *O processo de investigação: Da concepção à realização*, Loures, LUSOCIÊNCIA.
- GAMA, E. V., DAMIÁN, J., MOLINO, J. P. D., LÓPEZ, M. R., PÉREZ, M. L. & IGLESIAS, F. G. 2000. Association of individual activities of daily living with self-rated health in older people. *Age and Ageing*, 29, 267-270.

- GARRATT, A., SCHMIDT, L., MACKINTOSH, A. & FITZPATRICK, R. 2002. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *British Medical Journal*, 324.
- GILCHRIST, L., GALANTINO, M. L., WAMPLER, M., MARCHESE, V. G., MORRIS, S. & NESS, K. 2009. A Framework for Assessment in Oncology Rehabilitation. *Physical Therapy*, 89, 286-306.
- GINSBURG, M. L., QUIRT, C., GINSBURG, A. D. & MACKILLOP, W. J. 1995. Psychiatric illness and psychosocial concerns in patients with newly diagnosed lung cancer. *Canadian Medical Association Journal*, 152, 701-708.
- GOONERATNE, N. S., DEAN, G. E., ROGERS, A. E., NKWUO, E., COYNE, J. C. & KAISER, L. R. 2007. Sleep and quality of life in long-term lung cancer survivors. *Lung Cancer*, 58, 403-410.
- GOSNEY, M. 2005. Clinical assessment of elderly people with cancer. *Lancet Oncology*, 6, 790-797.
- GUADALUPE, S. 2008. *A saúde mental e o apoio social na família do doente oncológico*. Doutor, Universidade do Porto.
- GURALNIK, J. M., FERRUCCI, L., BALFOUR, J. L., VOLPATO, S. & IORIO, A. D. 2002. Progressive versus Catastrophic Loss of the Ability to Walk: Implications for the Prevention of Mobility Loss. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49, 1463-1470.
- HALEY, A. C., CALAHAN, C., GANDHI, M., WEST, D. P., RADEMAKER, A. & LACOUTURE, M. E. 2010. Skin care management in cancer patients: an evaluation of quality of life and tolerability. *Support Care Cancer*.
- HARPER, J. L., FRANKLIN, L. E., JENRETTE, J. M. & AGUERO, E. G. 2004. Skin Toxicity During Breast Irradiation: Pathophysiology and Management. *Southern Medical Journal*, 97, 989-993.
- HELGESON, V. S. & COHEN, S. 1996. Social Support and Adjustment to Cancer: Reconciling Descriptive, Correlational, and Intervention Research. *Health Psychology*, 15, 135-148.
- HICKOK, J. T., MORROW, G. R., ROSCOE, J. A., MUSTIAN, K. & OKUNIEFF, P. 2005. Occurrence, severity, and longitudinal course of twelve common symptoms in 1129 consecutive patients during radiotherapy for cancer. *Journal of Pain Symptom Manage*, 30, 433 -442.
- HOHAGEN, KAPPLER, SCHRAMM, RINK, WEYERER, RIEMANN & BERGER 1994. Prevalence of insomnia in elderly general practice attenders and the current treatment modalities. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 102-108.
- HOLLAND, J. C. & MASSIE, M. J. 1987. Psychosocial aspects of cancer in the elderly. *Clinics in Geriatric Medicine*, 3, 533-539.
- HOPKINS, W. G. 2000. Measures of Reliability in Sports Medicine and Science. *Sports Med*, 30, 1-15.
- HUNTER, C. P., JOHNSON, K. A. & MUSS, H. B. 2000. *Cancer in the elderly*, New York.
- HURRIA, A., LI, D., HANSEN, K., PATIL, S., GUPTA, R., NELSON, C., LICHTMAN, S. M., TEW, W. P., HAMLIN, P., ZUCKERMAN, E., GARDES, J., LIMAYE, S., LACHS, M. & KELLY, E. 2009. Distress in Older Patients With Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 27, 4346-4351.
- HUTCHINS, L., UNGER, J., CROWLEY, J., COLTMAN, C. & ALBAIN, K. 1999a. Under representation of patients 65 years of age or older in cancer treatment trials. *The New England Journal of Medicine*, 341, 2061-2067.
- HUTCHINS, L., UNGER, J., CROWLEY, J., COLTMAN, C. & ALBAIN, K. 1999b. Underrepresentation of patients 65 years of age or older in cancer-treatment trials. *The New England Journal of Medicine*, 341, 2061-2067.
- INGRAM, S., SEO, P., MARTELL, R., CLIPP, E., DOYLE, M., MONTANA, G. & COHEN, H. 2002. Comprehensive Assessment of the Elderly Cancer Patient: The Feasibility of Self-Report Methodology. *Journal of Clinical Oncology*, 20, 770-775.
- IRVINE, D., VINCENT, L., EGRAYDON, J., BUBELA, N. & THOMPSON, L. 1994. The prevalence and correlates of fatigue in patients receiving treatment with chemotherapy and radiotherapy. A comparison with the fatigue experienced by healthy individuals. *Cancer Nursing*, 17, 367-378.
- IVANAUSKIENĖ, R., KREGŽDYTĖ, R. & PADAIGA, Ž. 2010. Evaluation of health-related quality of life in patients with breast cancer. *Medicina (Kaunas)*, 46, 351-359.
- KARKKI, A., SIMONEN, R., MÄLKIA, E. & SELFE, J. 2005. Impairments, activity limitations and participation restrictions 6 and 12 months after breast cancer operation. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37.
- KATZ, D. A. & MCHORNEY, C. A. 1998. Clinical correlates of insomnia in patients with chronic illness. *Archives of Internal Medicine*, 158, 1099-1107.
- KNOBF, M. T. & SUN, Y. 2005. A longitudinal study of symptoms and self-care activities in women treated with primary radiotherapy for breast cancer. *Cancer Nursing*, 28, 210-218.

- KUA, J. 2005. The Prevalence of Psychological and Psychiatric Sequelae of Cancer in the Elderly - How Much Do We Know? *Annals Academy of Medicine*, 34, 250-256.
- LAMAS, G., ORAV, J., STAMBLER, B., ELLENBOGEN, K., SGARBOSSA, E., HUANG, S. S., MARINCHAK, R., ESTES, M., MITCHELL, G., LIEBERMAN, E., MANGIONE, C. & GOLDMAN, L. 2007. Quality of life and clinical outcomes in elderly patients treated with a ventricular pacing as compared with dual-chamber pacing. *The New England Journal of Medicine*, 338, 1097-1104.
- LANDI, F., RUSSO, A., LIPEROTI, R., DANESE, P., MAIORANA, E., PAHOR, M., BERNABEI, R. & ONDER, G. 2009. Daily Pain and Functional Decline Among Old-Old Adults Living in the Community: Results from the iLSIRENTE Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38, 350-357.
- LIAO, S. & FERRELL, B. A. 2000. Fatigue in an older population. *The Journal of the American Geriatrics Society*, 48, 426-430.
- MAIO, M. D., GRIDELLI, C., GALLO, C., MANZIONE, L., BRANCACCIO, L., BARBERA, S., ROBBIATI, S. F., IANNIELLO, G. P., FERRAÛ, F., PIAZZA, E., FRONTINI, L., ROSETTI, F., CARROZZA, F., BEARZ, A., SPATAFORA, M., ADAMO, V., ISA, L., IAFFAIOLI, R. V., SALVO, E. D. & PERRONE, F. 2004. Prevalence and management of pain in Italian patients with advanced non-small-cell lung cancer. *British Journal of Cancer*, 90, 2288-2296.
- MAIO, M. D. & PERRONE, F. 2003. Quality of Life in elderly patients with cancer. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 1-9.
- MARTINS, A. D. C. M., CAÇADOR, N. P. & GAETI, W. P. 2002. Complicações bucais da quimioterapia antineoplásica. *Acta Scientiarum*, 24, 663-670.
- MOHILE, S. G., XIAN, Y., DALE, W., FISHER, S. G., RODIN, M., MORROW, G. R., NEUGUT, A. & HALL, W. 2009. Association of a Cancer Diagnosis With Vulnerability and Frailty in Older Medicare Beneficiaries. *Journal of the National Cancer Institute*, 101, 1206-1215.
- MOR, V., ALLEN, S. & MALIN, M. 1994. The Psychosocial Impact of Cancer on Older Versus Younger Patients and Their Families. *Cancer*, 74, 2118-2127.
- MOREIRA, L. F. 2002. O câncer no paciente idoso. In: ELVO CLEMENTE, E. J. N., IVANA MÂNICA DACRUZ (ed.) *Aspectos biológicos e geriátricos do envelhecimento* Porto Alegre: EDIPUCRS.
- MORTON, N. A. D., DAVIDSON, M. & KEATING, J. L. 2008. The de Morton Mobility Index (DEMMDI): An essential health index for an ageing world. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6, 1-15.
- NESS, K. K., WALL, M. M., OAKES, J. M., ROBISON, L. L. & GURNEY, J. G. 2006. Physical Performance Limitations and Participation Restrictions Among Cancer Survivors: A Population-Based Study. *Annals of Epidemiology*, 16, 197-205.
- NICOLUSSI, A. C. & SAWADA, N. O. 2009. Qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal em terapia adjuvante. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22, 155-161.
- NITTI, V. W. 2001. The Prevalence of Urinary Incontinence. *Reviews in Urology*, 3, s2-s6.
- OCARINO, J. M., GONÇALVES, G. G. P., CABRAL, A. A. V., PORTO, J. V. & SILVA, M. T. 2009. Correlação entre um questionário de desempenho funcional e testes de capacidade física em pacientes com lombalgia. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 13, 343-349.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 2004. *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa.
- OSOBA, D. (ed.) 1991. *Effect of Cancer on Quality of Life*, Florida: CRC Press, Inc.
- OSOBA, D., ZEE, B., WARR, D., LATREILLE, J., KAIZER, L. & PATER, J. 1997. The Quality of Life and Symptom Control Committees of the National Cancer Institute of Canada Clinical Trials Group. *Supportive Care in Cancer*, 5, 307-313.
- PAIS-RIBEIRO, J., PINTO, C. & SANTOS, C. 2008. Validation study of the portuguese version of the QLC-C30-V.3. *PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS*, 9, 89-102.
- PAL, S. K., KATHERIA, V. & HURRIA, A. 2010. Evaluating the Older Patient with Cancer: Understanding Frailty and the Geriatric Assessment. *A Cancer Journal for Clinicians*, 60, 120-132.
- PAREDES, T., SIMÕES, M., CANAVARRO, M. C., SERRA, A. V., PEREIRA, M., QUARTILHO, M. J., RIJO, D., GAMEIRO, S. & CARONA, C. 2008. Impacto da doença crónica na qualidade de vida: comparação entre indivíduos da população geral e doentes com tumor do aparelho locomotor. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 73-87.
- PARKER, P. A., BAILE, W. F., MOOR, C. D. & COHEN, L. 2002. Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psychooncology*, 12, 183-193.
- PIMENTEL, F. L. 2003. *Qualidade de Vida do doente Oncológico*, Porto.

- PINKAWA, M., FISCHEDICK, K., GAGEL, B., PIROTH, M. D., ASADPOUR, B., KLOTZ, J., BORCHERS, H., JAKSE, G. & EBLE, M. J. 2009. Impact of age and comorbidities on health-related quality of life for patients with prostate cancer: evaluation before a curative treatment. *BMC Cancer* 2009, 9:296, 9.
- PINTO, C. & RIBEIRO, J. 2006. A qualidade de vida dos sobreviventes de cancro. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24, 37-56.
- POROCK, D., KRISTJANSON, L. & NIKOLETTI, S. 1998. Predicting the severity of radiation skin reactions in women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum*, 25, 1019-1029.
- QUINN, M. J., D'ONOFRIO, A., MØLLER, BLACK, R., MARTINEZ-GARCIA, C., MØLLER, H., RAHU, M., ROBERTSON, C., SCHOUTEN, L. J., VECCHIN, C. L. & BOYLE, P. 2003. Cancer mortality trends in the EU and acceding countries up to 2015. *Annals of Oncology*, 14, 1148-1152.
- RAO, A. & COHEN, H. J. 2004. Symptom Management in the Elderly Cancer Patient: Fatigue, Pain, and Depression. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32, 150157.
- RAVASCO, P., MONTEIRO-GRILLO, I., VIDAL, P. M. & CAMILO, M. E. 2006. Qualidade de vida em doentes com Cancro Gastrintestinal. Qual o Impacto da Nutrição? *Acta Medica Portuguesa*, 19, 189-196.
- READ, J., CROCKETT, N., VOLKER, D., MACLENNAN, P., CHOY, B., BEALE, P. & CLARKE, S. 2005. Nutritional assessment in cancer: comparing the Mini-Nutritional Assessment (MAN) with the Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PGSGA). *Nutrition and Cancer*, 53, 51-56.
- REPETTO, L., FRATINO, L., AUDISIO, R. A., VENTURINO, A., GIANNI, W., VERCELLI, M., PARODI, S., GIOIA, D. D. L. F., MONFARDINI, S., AAPRO, M. S., SERRAINO, D. & ZAGONEL, V. 2002. Comprehensive Geriatric Assessment Adds Information to Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status in Elderly Cancer Patients: An Italian Group for Geriatric Oncology Study. *Journal of Clinical Oncology*, 20, 494-502.
- RIBEIRO, J. L. P. 1999. *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde* Lisboa, Climepsi.
- RICHARDSON, J. 2001. The Easy-Care assessment system and its appropriateness for older people. *Nursing Older People*, 13, 17-19.
- RODRIGUES, R. M. C. 2008. Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. *Rev Panam Salud Publica*, 23, 109-115.
- RYAN, J., BOLE, C., HICKOK, J. T., FIGUEROA-MOSELEY, C., COLMAN, L., KHANNA, R. C., PENTLAND, A. P. & MORROW, G. R. 2007. Post-treatment skin reactions reported by cancer patients differ by race, not by treatment or expectations. *British Journal of Cancer*, 97, 14 - 21.
- SANTOS, M. J. H., COSTA, F. L., WATSON, M., GREER, S., HAES, J. C. J. M., KNIPPENBERG, F. V., PRUYN, J. & BORNE, B. V. D. 1994. Adaptação psicológica e qualidade de vida em doentes oncológicos - Escalas de avaliação. *Psiquiatria Clinica*, 15, 25-36.
- SARNA, L. 1993. Correlates of symptom distress in women with lung cancer. *Cancer Practice*, 1, 21-28.
- SAÚDE, O. M. 2004. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.
- SAVARD, J. & MORIN, C. M. 2001. Insomnia in the context of cancer: a review of a neglected problem. *Journal of Clinical Oncology*, 19, 895-908.
- SCHIPPER, H., CLINCH, J., MCMURRAY, A. & LEVITT, M. 1984. Measuring the quality of life of cancer patients: the Functional Living Index-Cancer: development and validation. *Journal of Clinical Oncology*, 2.
- SCHOFIELD, P. (ed.) 2007. *The management of pain in older people*, Chichester.
- SIEGEL, K., RAVEIS, V. H., HOUTS, P. & MOR, V. 1991. Caregiver Burden and Unmet Patient Needs. *Cancer*, 68, 1131-1140.
- SONIS, S. T. 1983. *Oral complications of cancer chemotherapy*, Boston, Kluwer Academic Publishers.
- SONIS, S. T. & FEY, E. G. 2002. Oral complications of cancer therapy. *Oncology (Williston Park)*, 16, 680-686.
- SOUSA, L., GALANTE, H. & FIGUEIREDO, D. 2002. EASYcare: um sistema de avaliação de idosos (qualidades psicométricas). *Revista de Estatística*, 26, 10-25.
- SOUSA, L., GALANTE, H. & FIGUEIREDO, D. 2003. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev Saúde Pública*, 37, 364-371.
- SOUSA, L., MENDES, A. & RELVAS, A. 2007. *Enfrentar a velhice e a doença crônica*, Lisboa., Climepsi Editores.
- STEIN, W. M. & MIECH, R. P. 1993. Cancer pain in the elderly hospice patient. *Journal of Pain Symptom Manage*, 8, 474-482.

- STEWART, K., CHALLIS, D., CARPENTER, I. & DICKINSON, E. 1999. Assessment approaches for older people receiving social care: content and coverage. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 147-156.
- THUN, M. & WINGO, P. 2000. CANCER EPIDEMIOLOGY. In: BAST RC, K. D., POLLACK RE, WEICHSELBAUM RR, HOLLAND JF, FREI E (ed.) *Cancer Medicine*. Hamilton, Ontario B.C. Decker.
- TSCHIESNER, U., ROGERS, S., HARREUS, U., BERGHAUS, A. & CIEZA, A. 2008. Content comparison of quality of life questionnaires used in head and neck cancer based on the international classification of functioning, disability and health: a systematic review. *European archives of oto-rhino-laryngology* 265, 627-637.
- VELIKOVA, G., BOOTH, L., SMITH, A. B., BROWN, P. M., LYNCH, P., BROWN, J. M. & SELBY, P. J. 2004. Measuring Quality of Life in Routine Oncology Practice Improves Communication and Patient Well-Being: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology*, 22, 714-724.
- VINOKUR, A. D., THREATT, B. A., VINOKUR-KAPLAN, D. & SATARIANO, W. A. 1990. The process of recovery from breast cancer for younger and older patients. Changes during the first year. *Cancer*, 65, 1242-1254.
- VIRONEN, J. H., KAIRALUOMA, M., AALTO, A.-M. & KELLOKUMPU, I. H. 2006. Impact of Functional Results on Quality of Life After Rectal Cancer Surgery. *Diseases of the colon & rectum*, 49, 568-578.
- WAGNER, L. I. & LACOUTURE, M. E. 2007. Dermatologic toxicities associated with EGFR inhibitors The clinical psychologist's perspective : Impact on health-related quality of life and implications for clinical management of psychological sequelae. *Oncology*, 21, 34-36.
- WEDDING, U., PIENKA, L. & HOFFKEN, K. 2007. Quality-of-life in elderly patients with cancer: A short review. *European Journal of Cancer*, 43, 2203-2210.
- WELLAN, M., LANGFORD, J., OXLEY, J., KOOPEL, S. & CHARLTON, J. 2006. *The elderly and mobility: a review of the literature*, Monash University - Accident Research Center.
- WHELAN, T. J., MOHIDE, E. A., WILLAN, A. R., ARNOLD, A., TEW, M., SELICK, S., GAFNI, A. & LEVINE, M. N. 1997. The supportive care needs of newly diagnosed cancer patients attending a regional cancer center. *Cancer*, 80, 1518-1524.
- YANCIK, R., GANZ, P. A., VARRICCHIO, G. G. & CONLEY, B. 2001. Perspectives on Comorbidity and Cancer in Older Patients: Approaches to Expand the Knowledge Base. *Journal of Clinical Oncology*, 19, 1147-1151.
- YANCIK, R. & RIES, L. 1994. Cancer in older persons: magnitude of the problem-how do we apply what we know? *Cancer Control*, 74, 1995-2003.
- ZABORA, J., BRINTZENHOFESZOC, K., CURBOW, B., HOOKER, C. & PIANTADOSI, S. 2001. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology*, 10, 19-28.

Apêndice 1 – Avaliação do EASYcare Standard

Avaliação do risco de quedas

A resposta afirmativa em pelo menos 3 dos itens que se seguem indica um elevado risco de quedas.

Indicador de risco	Fonte: EASY-Care Standard	Atribuir 1 ponto a cada um
Uma ou mais quedas no ano que passou	P 3.5	
Tem dificuldade em ver	P 1.1	
Tem pouca estabilidade de pé	P 3.4	
Está limitado ao domicílio	P 3.6	
Dificuldade em deslocar-se	P 3.1	
Problemas com os seus pés	P 3.2	
Falta de segurança no domicílio	P 3.3	
Ingestão excessiva de álcool	P 6.4	
Total (de 8)		

Risco de ruptura no cuidado ou de admissão hospitalar

Indicador de risco	Fonte: EASY-Care Standard	Atribuir 1 ponto a cada um
Precisa de ajuda a		
vestir-se	P 2.2	
tomar banho	P 2.4	
alimentar-se	P 2.7	
usar a sanita	P 2.13	
Nos últimos 12 meses caiu alguma vez	P 3.5	
Alguns acidentes com a bexiga	P 2.11	
Preocupações com perda de peso	P 6.6	
Saúde em geral razoável ou fraca	P 7.2	
Muitas dores corporais no último mês	P 7.6	
Perda de memória ou esquecimentos	P 7.9	
“Em baixo”, deprimido ou desesperado	P 7.7	
Pouco interesse ou prazer em fazer coisas	P 7.8	
Total (de 12)		

Pontuação de independência

		Pontuação
P 1.4	Não consegue utilizar o telefone (3), ou com alguma ajuda (2)	
P 2.1	Precisa de ajuda para manter o aspecto cuidado (5)	
P 2.2	Não consegue vestir-se (6), ou com alguma ajuda (4)	
P 2.4	Não consegue tomar banho/duche (5)	
P 2.5	Não consegue fazer as tarefas domésticas (3), ou com alguma ajuda (2)	
P 2.6	Não consegue preparar refeições (5), ou com alguma ajuda (2)	
P 2.7	Não consegue alimentar-se (8), ou com alguma ajuda (3)	
P 2.9	Não consegue tomar medicamentos (4), ou com alguma ajuda (2)	
P 2.11	Acidentes frequentes de bexiga (8) ou ocasionais (5)	
P 2.12	Acidentes frequentes de intestinos (8) ou ocasionais (6)	
P 2.13	Não consegue utilizar a sanita (7), ou com alguma ajuda (4)	
P 3.1	Não consegue deslocar-se da cama para a cadeira (7), ou com alguma ajuda (4)	
P 3.3	Acamado (8), ou precisa de ajuda para se deslocar dentro de casa (7), ou de cadeira de rodas sem ajuda (5)	
P 3.4	Não consegue subir nem descer escadas (4), ou com alguma ajuda (2)	
P 3.6	Não consegue andar no exterior (6), ou com alguma ajuda (3)	
P 3.7	Não consegue ir às compras (4), ou com alguma ajuda (2)	
P 3.8	Não consegue deslocar-se até aos serviços públicos (5), ou com alguma ajuda (2)	
P 5.2	Não consegue gerir as finanças (4)	
	Total	

Apêndice 2 – Aprovação Pela Comissão De Ética Do Hospital Infante D. Pedro De Aveiro



**HOSPITAL INFANTE D. PEDRO, E. P. E.
AVEIRO**

Avenida Artur Ravara - 3814-501 AVEIRO
Telex. 234 378 300 - Fax 234 378 385
sec-geral@hdaaveiro.min-saude.pt
Matricula na Conservatória do Registo Comercial
de Aveiro, n.º 52495
Capital Social 25.630.000 €
Pessoa Colectiva n.º 505 351 543

Ex.ma Senhora
Dra. Sofia Isabel Fig. Da Silva Nunes
Rua do Passadouro, n.º 13

3830-261 Ilhavo

S/ Ref.º

S/ Comunicação de

N/ Ref.º

Aveiro,

007104

23/11/2005

ASSUNTO: Projecto de Investigação "Caracterização da Qualidade de Vida e necessidades de pessoas idosas com cancro"

Na sequência do pedido efectuado sobre o assunto em epígrafe, informa-se que está autorizado.

Aproveito para informar que futuros projectos, ao abrigo do protocolo celebrado entre a Universidade de Aveiro e o Hospital Infante D. Pedro, deverão ser apresentados à "Comissão Mista" constituída por membros das duas instituições. Os projectos deverão ser remetidos à Comissão pelo Director do Departamento/Serviço que está na origem do projecto.

Desejo sucesso no trabalho, esperando que sejam alcançados todos os objectivos propostos.

Atenciosamente e com os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho de Administração

(Prof. Doutor Francisco Luís Pimentel)

Anexa-se cópia da Informação da Comissão de Ética.

GM.

Na resposta indicar o número e as referências deste documento. Em cada folha tratar só de um assunto.

Ex.mo Senhor Presidente do
Conselho de Administração do
Hospital Infante D. Pedro, E.P.E.
Prof. Doutor Francisco Pimentel

A Comissão de Ética reuniu no dia 11 do corrente mês com a ausência justificada do Teólogo Padre João Gonçalves e da Sr^a Enfermeira D. Maria do Céu.

Analizou um pedido de autorização para um trabalho “Caracterização da qualidade de vida e necessidade de pessoas idosas com cancro”, a ser realizado no Serviço de Oncologia pela aluna do 2º Ano de Mestrado da Universidade de Aveiro, Sofia Isabel Figueiredo da Silva Nunes.

Será para avaliar a qualidade de vida das pessoas idosas, para desenvolver uma base de dados nacional acerca das necessidades desta população.

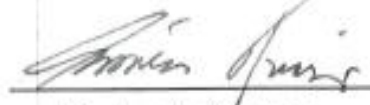
Está apoiado da autorização do Director de Serviço, que apoiará a sua execução na consulta de Oncologia. Tem o consentimento informado, não há despesas para o Hospital.

Estão salvaguardados os princípios éticos, os meios e os fins do trabalho, pelo que esta Comissão nada tem que impessa o seu deferimento.


Respeitosos cumprimentos,

Aveiro, em 23 de Novembro de 2009.

P'la Comissão de Ética



Dr. Amorim Figueiredo



Apêndice 3 – Consentimento Livre e Informado



Consentimento Livre e Informado

Investigador: Sofia Isabel Figueiredo da Silva Nunes

Contacto telefónico: 913504880

Responsável pelo projecto: Liliana Sousa (Universidade de Aveiro, 234 372440)

O envelhecimento populacional exige que se conheçam as necessidades das pessoas idosas para promover políticas e programas adequados. Assim, com este estudo procura-se caracterizar a qualidade de vida e necessidades das pessoas com mais de 65 anos com cancro, considerando diversos tipos: sociais, de saúde, económicas, segurança e habitacionais. Neste sentido, precisamos que respondam a dois questionários (EASYcare, Sistema de Avaliação de Pessoas Idosas e EORTC-QLQ-C30, - European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire) que sendo necessários 15 minutos para o preenchimento de cada questionário.

Nenhuma informação que o identifique será incluída nos questionários, qualquer eventual referência será substituída por códigos. Responder a estes questionários não é prejudicial para a sua saúde e a sua decisão de participar ou não participar não terá qualquer impacto no seu tratamento clínico presente ou futuro. A sua participação não terá qualquer custo para si. Se decidir participar, pode mesmo assim retirar o seu consentimento ou interromper a sua participação em qualquer altura. É livre de não responder a qualquer pergunta, continuando as restantes a serem importantes.

Os seus registos médicos não serão afectados por este estudo. A confidencialidade dos seus dados será mantida.

Qualquer dúvida ou questão pode ser colocada à investigadora ou à coordenadora do projecto (ver os contactos no início da folha).

Declaro que:

☐ Não aceito participar

☐ Aceito participar

Assinatura do participante _____

Assinatura de testemunha _____

Assinatura do investigador _____

Consentimento verbal ☐

Data: ____ / ____ / ____

EASY-Care Standard

Esta avaliação visa a análise das suas principais necessidades e prioridades relativamente à sua saúde e processo de cuidados. O preenchimento desta avaliação pode ser feito por si ou com a ajuda de um profissional de saúde ou de acção social. Se desejar, também pode solicitar o envolvimento de um membro da sua família ou de um cuidador no preenchimento da sua avaliação.

No início pode registar os dados sobre si próprio(a) e sobre o motivo pelo qual está a ser avaliado. Durante a avaliação ser-lhe-ão feitas perguntas relativamente a:

- Visão, audição e comunicação
- Cuidar de si (auto-cuidado)
- Mobilidade
- Segurança
- Local de residência e finanças
- Manter-se saudável
- Saúde mental e bem-estar
- Outras informações que considere importantes.

Código de identificação: _____

Data de recolha de dados: _____

Dados sócio-demográficos

1. **Sexo:** Feminino ☐ (f) Masculino ☐ (m)

2. **Idade:** _____

3. **Zona de residência:** Rural ☐ (r) Urbana ☐ (u)

4. **Estado civil:**

Solteiro ☐ (s)

Casado(a)/união de facto ☐ (c)

Divorciado(a)/Separado(a) ☐ (d)

Viúvo(a) ☐ (v)

5. **Anos de educação formal:** _____

6. **Em geral como caracteriza as suas finanças no fim do mês?**

Não chegam para as necessidades (3)

Suficientes (2)

Sobra algum dinheiro (1)

7. **Com quem vive?**

Sozinho ☐ (s)

Em casal ☐ (c)

Com família alargada ☐ (f)

Em instituição ☐ (i)
Outra situação ☐ (o) Qual? _____

8. Situação profissional

Empregado(a) a tempo integral ☐ (eti) Empregado(a) a tempo parcial ☐ (etp)

Desempregado(a) ☐ (de) Doméstica ☐ (do)

Pensionista ☐ (p) Reformado(a) ☐ (r) Estudante ☐ (est)

1. Visão, audição e comunicação

1.1. Consegue ver (com óculos, se usar)?

Sim ☐ (0) Com dificuldade ☐ (1) Não vê nada ☐ (3)

1.2. Consegue ouvir (com prótese auditiva, se usar)?

Sim ☐ (0) Com dificuldade ☐ (1) Não ouve nada ☐ (3)

1.3. Tem dificuldade em fazer-se entender devido a problemas com a sua fala?

Não tem dificuldade ☐ (0)

Dificuldades com algumas pessoas ☐ (1)

Dificuldade considerável com todas as pessoas ☐ (3)

1.4. Consegue utilizar o telefone?

Sem ajuda, incluindo procurar e marcar números ☐ (0)

Com alguma ajuda ☐ (2)

Não consegue utilizar o telefone ☐ (3)

2. Cuidar de si

2.1. Consegue cuidar da sua aparência pessoal? (p. ex. pentear-se, barbear-se, maquilhar-se, ...)

Sem ajuda ☐ (0) Precisa de ajuda para manter a aparência ☐ (5)

2.2. Consegue vestir-se?

Sem ajuda (incluindo botões, atacadores, ...) ☐ (0)

Com alguma ajuda (consegue fazer parte sem ajuda) ☐ (4)

Não consegue vestir-se ☐ (6)

2.3. Consegue lavar as mãos e a cara?

Sem ajuda ☐ (0) Precisa de ajuda ☐ (1)

2.4. Consegue utilizar a banheira ou o duche?

Sem ajuda ☐ (0) Precisa de ajuda ☐ (5)

2.5. Consegue fazer as suas tarefas domésticas?

Sem ajuda (limpar chão, ...) ☐ (0)

Com alguma ajuda (consegue fazer as tarefas mais ligeiras, mas precisa de ajuda nas mais pesadas) ☐ (2)

Não consegue fazer nenhuma tarefa doméstica ☐ (3)

2.6. Consegue preparar as suas refeições

Sem ajuda (planear e cozinhar sozinho/a refeições completas) ☐ (0)

Com alguma ajuda (consegue preparar algumas coisas, mas não consegue cozinhar sozinho/a refeições completas) ☐ (2)

Não consegue preparar refeições ☐ (5)

2.7. Consegue alimentar-se?

Sem ajuda ☐ (0)

Com alguma ajuda (cortar alimentos, espalhar manteiga, ...) ☐ (3)

Não consegue alimentar-se ☐ (8)

2.8. Tem alguns problemas com a sua boca ou dentes? Se sim, por favor especifique.

Não ☐ (0)

Sim ☐ (1) Quais? _____

2.9. Consegue tomar os seus medicamentos?

Sem ajuda (nas doses correctas e às horas certas) ☐ (0)

Com alguma ajuda (se alguém lhes preparar e/ou o lembrar de os tomar) ☐ (2)

Não consegue tomar os seus medicamentos ☐ (4)

2.10. Já teve problemas com a sua pele (p. ex. úlceras na perna, escaras)?

Não ☐ (0)

Sim ☐ (1) Quais? _____

2.11. Tem acidentes com a sua bexiga (incontinência urinária)?

Não tem acidentes ☐ (0)

Tem acidentes ocasionais (menos de uma vez por dia) ☐ (5)

Acidentes frequentes (uma vez por dia ou mais) ou precisa de ajuda com algália ☐ (8)

2.12. Tem acidentes com os seus intestinos (incontinência fecal)?

Não tem acidentes ☐ (0)

Tem acidentes ocasionais (menos de uma vez por semana) ☐ (6)

Acidentes frequentes ou precisa que lhe seja administrado um clister ☐ (8)

2.13. Consegue utilizar a sanita (ou a cadeira sanitária)?

Sem ajuda (consegue chegar à sanita/cadeira sanitária, despir-se o necessário, limpar-se e sair) ☐ (0)

Com alguma ajuda (consegue fazer algumas coisas, incluindo limpar-se) ☐ (4)

Não consegue utilizar a sanita/cadeira sanitária ☐ (7)

3. Mobilidade

3.1. Consegue deslocar-se da cama para a cadeira, se estiverem ao lado uma da outra?

Sem ajuda ☐ (0)

Com alguma ajuda ☐ (4)

Não consegue deslocar-se da cama para a cadeira ☐ (7)

3.2. Tem problemas com os seus pés

Não ☐ (0)

Sim ☐ (1) Quais? _____

3.3. Consegue deslocar-se dentro de casa?

Sem ajuda ☐ (0)

Numa cadeira de rodas sem ajudas ☐ (5)

Com alguma ajuda ☐ (7)

Acamado ☐ (8)

3.4. Consegue subir e descer escadas?

Sem ajuda (incluindo usar qualquer ajuda técnica de auxílio à marcha) ☐ (0)

Com alguma ajuda ☐ (2)

Não consegue subir e descer escadas ☐ (4)

3.5. Nos últimos 12 meses caiu alguma vez?

Não ☐ (0) Uma vez ☐ (1) Duas ou mais vezes ☐ (2)

3.6. Consegue andar no exterior?

Sem ajuda ☐ (0) Com alguma ajuda ☐ (3) Não consegue andar no exterior ☐ (6)

3.7. Consegue ir às compras?

Sem ajuda (trata de todas as suas compras) ☐ (0)

Com alguma ajuda (precisa que alguém vá consigo sempre que vai às compras) ☐ (2)

Não consegue ir às compras ☐ (4)

3.8. Tem alguma dificuldade em se deslocar até aos serviços públicos (p. ex consultório médico, farmácia, dentista)?

Não tem dificuldade ☐ (0)

Com alguma ajuda ☐ (2)

Não consegue deslocar-se até aos serviços públicos ☐ (5)

4. Segurança

4.1. Sente-se seguro dentro da sua casa?

Sim ☐ (0) Não ☐ (1)

4.2. Sente-se seguro fora da sua casa?

Sim ☐ (0) Não ☐ (1)

4.3. Já alguma vez se sentiu ameaçado/a ou assediado/a por alguém?

Não ☐ (0) Sim ☐ (1)

4.4. Sente-se discriminado/a por alguma razão (p. ex. a sua idade, sexo, raça, religião)?

Não ☐ (0) Sim ☐ (1)

4.5. Tem alguém que o possa ajudar em caso de doença ou urgência?

Sim ☐ (0) Não ☐ (1)

5. Local de residência e finanças

5.1. De uma forma geral está satisfeito/a com a sua residência?

Sim ☐ (0) Não ☐ (1)

5.2. Consegue gerir o seu dinheiro e os seus assuntos financeiros?

Sim ☐ (0) Não ☐ (4)

5.3. Gostaria de obter aconselhamento acerca de subsídios ou benefícios a que possa ter acesso?

Sim ☐ (S) Não ☐ (N)

6. Manter-se saudável

6.1. Faz exercício regularmente?

Sim ☐ (0) Não ☐ (1)

6.2. Fica com falta de ar durante as actividades normais?

Não ☐ (0) Sim ☐ (1)

6.3. Fuma tabaco (cigarros, charuto, cachimbo)?

Não ☐ (0) Sim ☐ (1)

6.4. Acha que bebe demasiadas bebidas alcoólicas?

Não ☐ (0) Sim ☐ (1)

6.5. A sua tensão arterial foi verificada recentemente?

Sim ☐ (0) Não ☐ (1)

6.6. Tem alguma preocupação com o seu peso?

Não tem preocupações ☐ (N) Com perda de peso ☐ (PP) Com excesso de peso ☐ (EP)

6.7. Tem as suas vacinas em dia?

Não ☐ (N) Não sabe ☐ (NS) Sim ☐ (S)

6.8. Tem em dia os exames de rastreio de cancro

Não ☐ (N) Não sabe ☐ (NS) Sim ☐ (S)

7. Saúde mental e bem-estar

7.1. Consegue realizar actividades de lazer, trabalho e outras actividades que são importantes para si?

Sim ☐ (0) Não ☐ (1)

7.2. De uma forma geral, diria que a sua saúde é:

Excelente ☐ (1) Muito boa ☐ (2) Boa ☐ (3) Razoável ☐ (4) Fraca ☐ (5)

7.3. Sente-se sozinho/a?

Nunca ☐ (1) Por vezes ☐ (2) Muitas vezes ☐ (3)

7.4. Recentemente perdeu ou faleceu alguém que lhe é próximo?

Não ☐ (0) Sim ☐ (1)

7.5. No mês passado teve alguns problemas em dormir?

Não ☐ (0) Sim ☐ (1)

7.6. No mês passado teve dores corporais?

Não ☐ (0) Sim ☐

Se sim: Muito suaves ☐ (1) Suaves ☐ (2) Moderadas ☐ (3) Fortes ☐ (4)

7.7. No último mês sentiu-se muitas vezes incomodado por se sentir em baixo, deprimido ou desesperado?

Não ☐ (0) Sim ☐ (1)

7.8. No último mês sentiu-se muitas vezes incomodado por ter pouco interesse ou prazer em fazer coisas?

Não ☐ (0) Sim ☐ (1)

7.9. Tem algumas preocupações em relação a perdas de memória ou esquecimentos?

Não ☐ (0) Sim ☐ (1)

8. Administração de medicação

8.1. Precisa de ajuda para obter regularmente os seus medicamentos?

Sim ☐ (1) Não ☐ (0)

8.2. Toma sempre os medicamentos de acordo com as recomendações do seu médico?

Sim ☐ (0) Não ☐ (1)

8.3. Consegue tirar todos os seus medicamentos das embalagens?

Sim ☐ (0) Não ☐ (1)

8.4. Pensa que alguns dos seus medicamentos podiam ser mais eficazes se tomados de forma diferente?

Sim ☐ (1) Não ☐ (0)

Apêndice 5 – Questionário EORTC-QLQ-C30



EORTC QLQ-C30 (version 3)

Gostaríamos de conhecer alguns pormenores sobre si e a sua saúde. Responda você mesmo/a, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo à volta do número que melhor se aplica ao seu caso. Não há respostas certas nem erradas. A informação fornecida é estritamente confidencial.

Escreva as iniciais do seu nome:

--	--	--	--	--

A data de nascimento (dia, mês, ano):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A data de hoje (dia, mês, ano):

31

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
1. Custa-lhe fazer esforços mais violentos, por exemplo, carregar um saco de compras pesado ou uma mala?	1	2	3	4
2. Custa-lhe percorrer uma <u>grande</u> distância a pé?	1	2	3	4
3. Custa-lhe dar um <u>pequeno</u> passeio a pé, fora de casa?	1	2	3	4
4. Precisa de ficar na cama ou numa cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Precisa que o/a ajudem a comer, a vestir-se, a lavar-se ou a ir à casa de banho?	1	2	3	4

Durante a última semana :

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
6. Sentiu-se limitado/a no seu emprego ou no desempenho das suas actividades diárias?	1	2	3	4
7. Sentiu-se limitado/a na ocupação habitual dos seus tempos livres ou noutras actividades de lazer?	1	2	3	4
8. Teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Teve dores?	1	2	3	4
10. Precisou de descansar?	1	2	3	4
11. Teve dificuldade em dormir?	1	2	3	4
12. Sentiu-se fraco/a?	1	2	3	4
13. Teve falta de apetite?	1	2	3	4
14. Teve enjoos?	1	2	3	4
15. Vomitou?	1	2	3	4

Por favor, passe à página seguinte

Apêndice 6 – Enquadramento dos questionário EASYcare e EORTC-QLQ-C30 nos domínios da CIF

	Estrutura e Função Corporal	Actividade	Participação
EasyCare			
Domínios			
1	1.1.; 1.2.; 1.3	1.4.	
2	2.8.; 2.10.; 2.11.; 2.12	2.1.; 2.2.; 2.3.; 2.4.; 2.5.; 2.6.; 2.7.; 2.9.; 2.13.	
3	3.2.; 3.5.	3.1.; 3.3.; 3.4.; 3.6.	3.7.; 3.8.
4	4.1.; 4.2.		4.3.; 4.4.; 4.5.
5			5.1.; 5.2.; 5.3.
6	6.1.; 6.2.; 6.3.; 6.4.; 6.5.; 6.6.; 6.7.; 6.8.		
7	7.2.; 7.3.; 7.5.; 7.6.; 7.7.; 7.8.; 7.9.;		7.1.; 7.4.
8	8.2.; 8.4.	8.3.	8.1.
EORTC-QLQ-C30			
Questões	8; 9; 10; 11; 12; 13; 14; 15; 16; 17; 18; 19; 20; 21; 22; 23; 24; 25; 26; 27; 28.	1; 2; 3; 4; 5.	6;7;29;30.